العدد الثاني السنة الاولى

المجلة الطبية البغدادية

THE BAGHDAD MEDICAL REVIEW

مجلة الجمعية الطبية البغدادية

مديرها

الدكتور صائب شوكت

السنة ١
العدد ٢

تموز ١٩٢٥ ذي الحجة ١٣٤٣

الاشتراك السنوي ١٠ ربيات ثمن النسخة ١٢ آنة

المراجعة في جميع مايخص المجلة يكون باسم الدكتور صائب شوكت في المستشفى الملكي في بغداد

بغداد * مطبعة الفرات

محتويات العدد

المقالات الأساسية

فروض الطبيب القانوني — الدكتور حنا خياط
النحافة والبدانه — الدكتور هاشم الوتري
ذات الدماغ التحداري (تمة) — الدكتور صائب شوكت
عامل السرطان المرضي — معربة عن مجلة الجراحية الامريكية
تربية الطفل وصايا صحيه للامهات
المصل الواقي من الحصبه — الدكتور شكري محمد
الاستاذ اوغوست فون واسرمان — الدكتور توفيق رشدي

المقتبسات

الشؤون

تقرير الشهري لمدير صحة العاصمة
تقرير الشهري لمديرية الصحة العامة

المجلة الطبية البغدادية

العدد الثاني — تموز ١٩٢٥

محاضرة معالي الدكتور حنا خياط التي القاها في اجتماع مايس للجمعية الطبية البغدادية :

فروض الطبيب القانوني

ظروف عديدة وخطرة تدعونا لاستبراء فروض الطبيب القانوني واسباب مختلفة وجدية تحرجنا لخوض هذا الموضوع الحيوي من وجهتية الطبية والمسلكية في آن واحد واهم هذه الاسباب وتلك الظروف هي :

اولاً: اليقظة الحديثة التي استطرقها ارباب القضاء منذ عام ونيف حول روءية الدعاوي الجزائية والحقوقية ذات الصلة بالمبادئ الطبية وحول تحريها ومعالجتها على اسس عصرية راسخة خلافاً لمطاوق الدساتير القديمة التي كان يجري عليها الحكام آنئذ حيث كانوا يحكمون حسبما يوحي اليهم ويتصل بهم والله اعلم بماهية ذلك الوحي ودرجة صحته وكيفية ذلك الاتصال بهم .

اما السبب الثاني وهو نتيجة تلك اليقظة الراسية فهو استمرار القضاء وميله الشديد الى مصارفة القائمين بالتحريات الطبية القانونية مصارفة عنيفة حول كيفية اداءهم هذه الفروض المهمة ولم يفتر عن التصريح بكون هذه الكيفية لاتنطبق على البينات العلمية التي يفتقر اليها ولم تنبعث عن المصادر الكافلة لصيانة الحقوق الفردية والعمومية .

ولا غلو في القول بان معظمنا لمن اتباع هذا المعتقد ومن انصار هذه النظرية التي تكاد ان تكون حقيقة ملموسة .

اخيراً وهو السبب الثالث ان حملتنا في الدفاع الذاتي ضد هذه الحملات المتواترة لم تتجلب بالعدد ولم تتذرع بالمناعة الفعالة ولا يسعنا من جراء ذلك انكار واخفاق جهودنا وضمور مساعينا واستحالة تشبثاتنا في هذا السبيل الوعر حالاً واستقبالاً ان لم نبادر لم الشعث والتأهب لتحوير مناهجنا الحاضرة وافراغها في وضع يوءهل لامكان الذب عن حياض حياتنا المسلكية بتجهيزها بابنع المصادر الطبية احقاقاً للحق واضاءة للقضاء .

وان كانت اركان حملتنا ورسوم خططنا تتوقف على مجموع فروضنا معرفة تامة غير ان العامل المهم في امر نجاح قضيتنا هو حسن اداء هذه الفروض ومعرفة كيفية هذا الاداء . وعلينا اذا ان ننظر في هذه الظروف بمكبرة الارادة ونمحصها تمحيصاً ممتعاً في مصفاة العمل ليصح لنا استحضار المصل الشافي والواقي في آن واحد ضد النفثات النقدية التي كادت ان تضحي آفة اهلية بين ظهرانينا .

لا اقصد فيما يلي الولوج في موضوع فني من ضروب المواضيع الطبابة الشرعية بل جل ما سأستهدف تتبعه معكم هو كيفية تحري الوقائع الطبية القانونية والتنقيب عنها واستعراضها بصورة شاملة ليتسنى لنا استنباط سلسلة فرضية لاغنى للطبيب الشرعي عنها على قاعدة الاسلوب القانوني المتبع في هذا القطر والمتفق مع روحه الاجتماعي

الخاص دون التطرق للفروض الاساسية التي اغنتنا الدساتير العالمية موؤنة البحث فيها ·

اجمعت اغلب الآثار الطبية القانونية عَلَى ان الفروض المحتومة على الطبيب الشرعي مبدئيـا ثلاثة هي: الخبرة في العمل والتحكم في سير التحري وتقدير المسؤولية حين البت في الحادث ·

لاغرو ان الفروض الثلاثة السابقة الذكر لامناص لكل طبيب عنهـا لابل لها مطاقية الشمول لكل من الفروع الطبية منفردا وقد تحتم عَلَى غيرها ايضا من المهن ذات السر الحرفي التي لاعلاقة لها بالطب · وان شئت المحافظة عَلَى هذا التقسيم حرصا فقط عَلَى التقليد الذي الفه قادتنا الاحدثون اذلا بأس فيه لايسوغ لي في موقفي هذا ان لا اتطرق الى غيره وعليه تسهيلا لوصف هـذه الفروض وتبيانا لمفلوكضها ارجح اتخاذ طريقة المثال واستنباط الفروض الطبية منه بتحليل فقراته ودرس كل منها منفردا ·

دُعِي احد الاطباء للكشف عَلَى ميت فدوَّن ضمن تقرير طبي مشهوداته وقراره عَلَى الوجه التالي :

« عاينت جثة الشخص المجهول الهوية التي عثرت عليها دائرة الشرطة في ساحل دجلة ، ويظهر ان عمره يقارب الثلاثين عاما وشاهدت في مواضع شتى من بدنه الخارجي لوحات عديدة ، وزرقاء ، ومختلفة الشكل ، مع خلع تام في مفصل الركبة اليسرى ولايسعني ان اعرف اسبـاب الموت لان الجثة انتفخت وقد شرعت بالتفسخ نظرا لاشتداد حرارة الموسم وبناء عليه يحتمل ان يكون الشخص المذكور قد توفي غريقا وذلك لكشفي مواد اجنبية مختلفة قد تراكمت تحت اظافر يديه ورجليه ولاجل البيان اعطيت هذا التقرير الطبي موقعا بامضائي ؟ ·

تعتقدون كما اني شديد الاعتقاد ايضا بان المقصد من افادة الطبيب تحريرية كانت ام شفاهية ، هو شهادة محضة في اول الامر ، شبيهة بسائر الشهـادات التي يفتقر اليها القضاء لتنويره في امر قدلا يكون واقفا تمام الوقوف على كيفية وقوعه ، ام لانه قد يجهل الظروف ام بعض الظروف التي حدث فيها ، فيتشوه تجاهه من جراء ذلك تطور الحادث ،ام لا تتلازم اوصاله بصـورة صريحة ، فيحتاج اذذاك الى شهادة شخص خبير ام اكثر لانارته ، واقناع ضميره ، وهذا ماينعته القانون بالوحي اعني الشرارة النفسية التي تثير في الحاكم سلطة اصدار الحكم في امر ما والبت فيه بصورة وجدانية بعد ان يكون قد قنع فيه قناعة تامة ونزيهة ·

فان كانت الشهادة البسيطة التي يؤديها الطبيب امام اي شاهد آخر امام القضاء تستلزم الدقة والنزاهة لانها دعامة وسلامة الحكم فكيف الامر اذا كان يفترض في الطبيب الشرعي صفة ثانية لاتقابل اهميتها بالاولى ، وهذه الصفة الثانية هي كونه شاهدا ومحققا معا اعني منوطا به وحده فقط ابداء الرأي في امر لايتاح لسواه مبادرته ·

فنعتبر الآن تمهيدا لموضوعنا هاتين الصفتين ولنطبقها عَلَى مثالنا السابق بعد ان نكون قد وقفنا عَلَى تفاصيل الحادث حسب تسلسل وتعاقب الظروف التي حدث فيها وبعد اعتبار المقصد الذي تستهدفه النيابة العامة من الكشف المذكور ·

لايخفى ان الطبيب الشرعي وهو الشاهد والمحقق معا يحق له لابل ينبغي له ان يستوضح مايشاؤه من اولي المدعي او المتهم او الشخص الحائز الصفة الحاكية عن كل ما من

شأنه ان يعين الطبيب عَلَى اكتشاف الحقيقة ليتسنى له المناقشة فيها · فهذا الحق الصريح يستمده الطبيب الشرعي من حيث كونه محققـا ذا سلطة ومسؤولا امام القضاء عن الحكم الذي سيبديه فيه ، وعليه ان الفرض الاول والاساسي المحتوم على الطبيب هو معرفة القصد من الكشف حين مبادرته الكشف عَلَى الحادث · ودون هذا الفرض لايتاح له بصورة قطعية ان يقدم عَلَى عمله كما كان في شبهة من حيث ماهية الجرم · وإن اقدم عليه فلا بد له ان يفقد اهم عامل في امر استكشاف الحقيقة كما سينجلي من استئناف النظر في مثالنا السابق بعد استقصاء اسباب الكشف من النيابة العامة ·

(افادت دائرة الشرطة ان الشخص المائت توفي عن زوجة تدعي كونها حاملة منذ شهرين تقريبـا وقد ترك ثروة جديرة بالاهتمام ويفهم من ذوي المائت بان زوجته قد سممته تخلصا منه ولبست دعايتها في الحبل الا حجة للاستفـادة من التركة · واما ذووه فيعتقدون انه كان مصابا بالعنانة عَلَى اثر مرض مزمن في جهازه التناسلي الامر الذي ينفي وقوع الحبل منه بصورة مشروعة وكلا الحالتين تحتاجان الى قرار الطبيب · غير ان الطبيب قد سبق وابدى رأيه ولا امكان الان لتنوير القضـاء من مندرجات تقريره المذكور ···)

اجل : ان اسباب الموت قد تكون احيانا مجهولة ام غامضة وقد لاتكون ايضا ذات علاقة بمسئلة جنائية كحوادث الاختناق القضائية والموت الآني عن مرض سابق والسكر دون التعرض للاداب الاجتماعية وما دون ذلك · غير ان الغموض في مثل هذه الظروف ظاهريا كان ام حقيقيا لا يعفي الطبيب المحقق عن سبر غور اسبابه مبدئيا بكل ما اعطيه من سلطة تحقيقية وطبية · ولو تتبع الطبيب هذا الاسلوب في كشفه المذكور لما جاء تقريره مشوها بالشكل الذي ورد فيه ام بالاحرى اجوف وخاليا من البينات والمستندات الفنية التي كان في وسعه تحقيقها وتطبيقها والتي لاغنى للقضاء عنها في مثل هذا الحادث ·

ذكرنا فيما سبق ان القضاء يعتبر في الطبيب الشرعي شاهـدا ومحققا معا وخلافا لسائر الشهود الذين قد لا يرغبون في ابداء الشهادة احيانا لا يجوز له التخلف عن ابداء الشهادة الطبية دون دواع مهمة لا حاجة لذكرها في هذا المقام وعليه يحق اذا للطبيب بعد اتمامه الكشف ووقوفه التام عَلَى المقصد منه ان تعار افادته وتقريره مالهما من الاهمية والسلطة لانها المحور الوحيد الذي تحوم حوله آمال المدعين والدعامة التي سترتكز عليها مستمسكات الحكم · ولكن اهمية التقرير الطبي حسب تأييد اغلب ائمة الشرع ليست الا وليدة السلطة التي عهدت الى الطبيب امر القيام بهذا التحري والتحقيق ولا تزال تلك السلطة تفرض عَلَى الطبيب التصريح بها قبل مبادرته التحقيق الى دون هذا الشرط لايرى الفرق بين التقرير الطبي الشرعي محط آمال المتخاصمين وبين اي شهادة طبية لا علاقة لها بالحقوق العمومية وبين المشاهدات الطبية العادية · فلو تصفحنا التقرير السابق الذكر لانرى للسلطة فيه اثرا ولا نعلم ما يقصده الطبيب من مروياته ولا يجوز ان نعتبر فيه سوى حادث مشبع بالشبهات اقرب الى تشويه الحقيقة مما ينير المحكمه · فالفرض الثاني اذا هو ذكر اسم السلطة التحقيقية الراغبة ام الآمرة في الكشف في كل من التقارير الطبية العدلية ودون هذا الشرط لا

يفرض التمييز بين الشهادة الطبية التي ستكون مدار الحكم والشهادة التي بحصيها بين مدونات مجموعته الطبية الشخصية ·

ولكن قد يحدث احيانا في سياق الكشف ان النتيجة الظاهرة لا تسلسل بوضوح وصراحة من جملة الحوادث الواقعة في محيط الجرم والمسرودة في متن التقرير · ويكفينا ان نعيد النظر في التقرير السالف الذكر ايضا تأييدا لهذه القضية حيث نجد الطبيب يميل الى عطف الموت الى الغرق بينما يشير في الوقت عينه الى وجود خلع مفصلي تام في الركبة اليسرى دون ذكر الصلة الكائنة بين الغرق والخلع لانه يجوز ان نعتبر لحدما ولغرض وفي النفس احيانا وجود الخلع سببا كافيا للموت وخاصة لانه لم يورد دليلا عَلَى الموت غرقا سوى وجود المواد الداخلية المختلفة المتراكمة تحت اظافر يدي الميت ورجليه · فمن منا لا يعلم بان هذه العلامة التي كان الاستاذ امبروازباري يعتبرها ميزة مهمة لتأييد الغرق قد امست اليوم في خبر كان عَلَى اثر معرفة درجة انجماد الدم وتحري الجسيمات السائحة الروئية والقلبية ولا يرى فيها الاستاذ وببر سوى دليل ضعيف عَلَى وقوع الموت غرقا لأنها قد تشاهد ايضا في الجثة الملقاة في الماء المعروض للتموجات المستمرة · ان سكوت الطبيب في هذا الموقف ام ذكره سطحيا فقط هذا العارض المهم ادى بطبيعة الحال الى اهماله الفرض الثالث وهو احد الفروض المهمة اعني مناقشة الاعراض التي يلاقيها اثناء تحرياته والتي لا تظهر متلازمة لبعضها من غير ايضاح مسهب · ودون هذا القيد اعني قيد المناقشه يصح للمحكمة ان تعتبر التقرير الطبي ناقصا من حيث الاساس ولا يسوغ التعويل عليه كما انه قد يسوغ لها احيانا وفي ظروف معينة اعتبار التشويه وعدم الوضوح الواردين فيه نقصا تعمديا يقصد الطبيب به اضلال المحكمة وضياع الحقيقة والتطرف عوضا عن النزاهة في العمل ·

يرشدنا تاريخ الطب ان الطب الشرعي كان في عهده البائد اعنى قبل بضع الاف من السنين من اختصاص المنجمين والكهان والزعماء تأييدا لسلطانهم وتحكيما لمقامهم وكان حكم هؤلاء في المواد الطبية القانونية نافذا ومطلقا ولا يقبل التعليل ولا التأويل · ولم يحص بين فروض الطبيب سوى منذ دوره التمهيدي اعنى عَلَى عهد شارلمان الكبير ولم يزل حتى عهدنا هذا امانة الطبيب ولكن تحت اشراف القضاء وسدا لاحتياج القضاء ·

فبهذه الامانة المودعة لذمة الطبيب والموكول حسن التصرف بها الى علمه وخبرته تستلزم طبعا من قبله جهودا كبيرة وثقة واعتمادا تاما عَلَى النفس وتسوغ للقضاء ايضا حق استقصاء البينة واحجاج الطبيب حول تاييده وقوع الجرم ام نفيه · وكلتا الحالتان لا يصح تحقيقهما دون فرض رابع يضاف الى سلسلة الفروض الطبية وينعته بعض المشترعين بمحاكمة النفس قبل البت · فاعتقد في موضوعنا هذا لو تامل الطبيب في هذا الغرض وعمد وضعه تقريره السابق وتربض فيما عسى ان ينتج اهماله اياه لما اقتصر عَلَى هذا التصريح الوارد في متن التقرير حيث قال : « لا يسعني ان اعرف اسباب الموت لان الجثة انتفخت وقد شرعت بالتفسخ نظرا لاشتداد حرارة الموسم الخ ······ »

اجل ان التفسخ قد يكون احيانا حاجزا منيعا لتشخيص اسباب الموت خصوصا يكون الموت ناجما عن مرض

داخلي يتعسر فيه درس حالة الانسجة العضوية المختلفة لما يعتريها من التبدلات الجوهرية عَلَى اثر الحوادث الجثية ام في بعض حوادث الاختناق كالزهق والخنق دون حدوث تشوهات عضوية مهمة ظاهرة ام في بعض حوادث التسمم بالبنج او الكحول او في حوادث الموت غرقا بعامل الصد العصبي وقبل امتلاء الطرق التنفسية بالمادة المائعة · ولعله قد يجوز ايضا الاعتذار بعامل التفسخ ، كما انه يجدر بالطبيب الاستنكاف عن الكشف بتاتا عن اقرار منه بالعجز ، ام لافتقاره الى الوسائط الفنية المقتضية لهذه التحريات ، ويحبذ كافة اساتذة الطب العدلى اسلوب عدم البت في حادث طبي قانوني مهما اختلفت اهميته عندما لا تتيسر للطبيب القانوني سبل التحريات الفنية التي لا غني له عنها كما قصد البت في امر ما بغية اقناع القضاء ·

اخيرا يسوقنا تحليل الكشف السالف الذكر الى الايماء بصورة خاصة الى الفرض الطبي الخامس وهو الاخير واعنى به الرصانة في الحكم ·

نوه المعلم بروارديل في مقاله الافتتاحى حول علاقة الطبيب الشرعي بالحقوق العمومية في مؤتمر الطب القانوني الدولي عام ١٩١٣ عن الرصانة في الحكم كما يلي:

ماذا يقصد من الاسلحة العصرية التي تجهز بها اضخم الفيالق وما الفائدة من الخطط الدفاعية والهجومية الموضوعة عَلَى احدث القواعد الفنية العسكرية اذا كان القائد العام الموكول اليه ادارة تلك الجيوش وتطبيق هذه الخطط لا ينصرف للعمل عن قناعة وثبات وهل لاندماج هاتين الصفتين سوى الرصانة في الحكم · ان القائد الذى يهاجم ام يدافع على مبدأ الاحتمال والتعلل اقرب الى الخيانة ان شاء ام ابى وهكذا الطبيب الشرعي الذي يحكم في الحقوق العمومية عَلَى الاحتمال ايضا اقرب الى الغش والمحاوله وضعف الارادة واجدر ان تخزن اراؤه في زوايا الاهمال ·

ان للحادث الطبي القانوني موضوع البحث اهمية كبرى من حيث علاقاته العديدة بالحقوق العمومية والفردية ومنه تتسلسل كما افادت النيابة العامة مسائل عديدة اخصها : الحبل المتردد اولا في صحته وثانيا في مشروعيته وتايد ام نفي وقوع التسمم وتحقيق العنانة وتوجيه التركة بين وارثين بالغين ووارث معصوم لم يزل في مطايا الرحم وحادث غرق مشتبه به وخلع مفصل تام الخ ·

ولكل من هذه الحوادث منفردا مكانته وحقه الصريح لامعان النظر والتدقيق العميق · فهذه الامال والتدقيقات والتحريات منوطة باسرها برأي الطبيب وحده فانه سراج القضاء في كيفية ابراز هذه الحقوق ·

غير ان هذه الآمال اخفقت بكليتها عَلَى اثر بناء حكمه عَلَى مجرد الاحتمال فقط اذ قال : يحتمل ان الشخص المذكور قد توفى غريقا ···· « بينما نعلم العلم اليقين ان نتيجة التقرير الطبي وهي جزئه المهم لا يمكنها ان تكون محط امال المحقق ومدار الحكم وسلوة الحقوق مالم تشيد عَلَى الرصانة في الحكم وهذه لا تصح الا بسرد البينات الجلية والإستنجاد بارقى الاساليب الفنية وما دونها طلاء ليس الا ·······

بغداد في ١٧ ايار سنة ١٩٢٥ — الدكتور حنا خياط

النحافة والبدانة

(الدكتور هاشم الوتري)

يستحيل ادراك ماهية النحافة والبدانة وكيفية نشوئهما ومكافحتهما اذا لم يكن لنا معلومات مجملة عن التوازن الغذائي اذ ان النحافة والبدانة كليهما لم يخرجا عن كونهما نتيجة اختلال يطرأ عَلَى هذا التوازن الاساسي ·

في البدن السليم حيث يتوازن الاغتذاء لا يكون ربح ولا خسارة اي ان وزن البدن لا يزيد ولا ينقص والادخالات الغذائية تعادل المستهلك منه ومعنى ذلك انه لو قيس بوحدة الحرارة مقدار الحرارة الذي تستورده الاغذية وعين من جهة اخرى مقدار ما يخسره البدن بتشعع الحرارة من الجلد واستهلاك القدرة في مصالح الحياة وقورن بين المقدارين لوجدانهما متساويان · حتى لو عين بالوزن مقدار الآزوت والايدروجين والاوكسيجين والكربون وغيرها من المواد التي يتركب منها غذاؤنا الذي يدخل عن طريق الهضم والتنفس وقورن باوزان هذه العناصر ما يفرز منها من البدن مع الادرار والزفير والعرق والبراز لوجد ان مقداري الوارد والمستهلك واحد ·

وفي نسبة الوارد الى المستهلك اي نسبة الداخل الى البدن الى الخارج منه وسيلة لقياس التوازن الغذائي وتحقيق ما يطرأ عليه من التغيير والانحراف لذلك اننا كثيرا ما نستخدم تلك النسبة في المختبرات والسريريات للبحث عن تطور الاغتذاء والامراض التي تنشأ عن ذلك · بيد ان هناك بعض حالات فسيولوجية تشذ عن قانون التوازن الغذائي العام وهي مثل النمو والحمل والارضاع حيث يزداد احتياج البدن الى الوارد بدافع الضرورة لصنع انسجة جديدة او افراز الغذاء المقتضى لنمو المولود الحديث فيصير الحساب هنا اكثر تعقيدا ولكن قضية التوازن تبقى هي عينها ·

تسير تطورات القدرة (Energie) في ابدان الاصحاء تبعا لناموس واحد فينتشر من البدن مقدار واحد من الحرارة متناسب مع سطحه ومتأثر بعامل الجو المحيط به ونوع الثياب التي يرتديها ، ويوجد في البدن نسبة واحدة من القدرة المستعدة للاستثمار في الاعمال الآلية (الميكانيكية) ولكنها تختلف فقط بالنسبة الى حسن او اساءة تصرف البدن في العمل · وهذا ما ساعد عَلَى حساب حاجات شخص ما الى القدرة بالنسبة الى وزنه وقامته والعمل الذي ينجزه ويكون الحساب هنا طبعا عَلَى وجه التقريب اذ ان بدن الانسان مهما كان مشابها للمحركات البخارية لا يمكن ان يكون نظيرا لها تماما ومن ثم فلا يتيسر للبيولوجيست ان يحصل عَلَى رقام معينة كما هي الحالة مع المهندس ·

ان معدل استهلاكات القدرة هي : للانسان الملازم للقعود ٣٠—٣٥ كالوري عن كيلو جرام من وزن بدنه وللعامل عملا بسيطا ٣٥—٤٠ كالوري عن كيلو جرام من وزن بدنه ·

وهذه لاستهلاكات تولد احتياجات في البدن يجب تلافيها بالاغذية التي تحتوي عَلَى مقدار معلوم من القدرة

الكامنة كل جرام من الزلال او هيدرات الكربون اذا احترق في البدن يولد قوة تعادل ٤ من وحدات الحرارة — كالورى — وكل جرام من الشحوم يولد قوة تعادل ٩ من وحدات الحرارة ·

يتم توازن القدرة البدنية بأخذ مقدار معين من الغذاء ويدبر هذا التوازن ماللشخص من عوائد وراثيه ترجع الى الجنس اوطبائع مكتسبة تتعلق بالشخص نفسه ويظهر ان عدد الافرازات الداخلية وفي مقدمتها الغدة الدرقية ثم الغدة النخامية والغدد التناسلية وفوق الكلي موكلة خصوصا بحفظ هذا التوازن الغذائي في البدن ولا شبهة في ان المجموع العصبي ومن المحتمل ايضا بعض المراكز العصبية تتداخل في هذا الشأن ·

وخلاف ذلك ان من طبع البدن ان يقاوم ما يطرأ عَلَى الغذاء من كثرة او قلة فهو يفرط او يقتصد في صرفياته بحسب ذلك وبهذه الوسيلة يعيد التوازن الى نصابه الطبيعي بالرغم عن كمية الغذاء فيقل الاحتراق في البدن اثناء الصيام والمجاعة ويزداد عندما يتوفر الغذاء وهكذا فان البدن يحارب الظروف القاهرة التي تقصد هدم التوازن الغذائي ·

اذا انهار التوازن الغذائي نشأت النحافة او البدانة · فاذا كان الوارد اقل من المستهلك نشأت النحافة واذا فاض الوارد عَلَى المستهلك كانت البدانة ولكل من النحافة والبدانة اسباب مختلفة نوردها فيما يلي :

اما اسباب النحافة فهي (١) قلة الادخالات الغذائية (٢) رداءة الامتصاص والتمثل (٣) تزايد استهلاك القدرة (٤) نشاط الافعال الميتابوليكية ·

قلة الادخالات الغذائية :

تقل الايرادات الغذائية في حالة تثاقل الهضم بسبب فقدان الشهية اوخوف من الالم اذ ان المصاب بأحدى آفات القناة الهضمية يتحفظ في الاكل ويكتفي في اغلب الاحيان بكمية قليلة من صنف خاص من الطعام · وتنتج نفس الحالة بتأثير الامراض العامة كالسل مثلا فانه يحدث تشوشا في الهضم وخاصة يقلل شهية الاكل ولم يكن التدرن باعثا للضعف والنحافة الا لكونه يحول دون اخذ الغذاء الكافي ·

وقد يكون الاقلال في الاكل حاصل عن قصد ولغرض معين فالشخص في هذه الحالة ليس بقليل الشهية ولكن يرغم عَلَى تقليل الغذاء لمعالجة البدانة اواتقاء تفاقمها وقد تكون قلة التغذي بنتيجة ارادة مريضة اومحاولة الانتحار ويدخل في هذا الصنف قلة التغذي الناشئه عن حالات دماغية تقل معها الشهية وتضطر المريض للامتناع عن الطعام وهذا مايشاهد دائما في موؤفي الاعصاب من الفتيات او النساء الحديثات السن ·

رداءة الامتصاص والتمثل :

ان رداءة الامتصاص مما يجعل الغذاء غير كاف بالرغم عن كفايته في الظاهر · ومن النادر جدا ان يكون هذا ناشئا عن تأثير امراض المعدة او الامعاء لان هذه الامراض لا تقلل امتصاص الغذاء بنسبة واسعة الا فيما قل وندر · وقد يحدث هذا عن اختناق البواب او التهابات البنكرياس اوسرطانها فهذه الامراض تقيد فعل الامتصاص وتؤدي عاجلا الى الضعف ·

ويكون الاضطراب في افعال التغذي اوسع نطاقا في امراض الكبد والديابطس السكري الوخيم والامراض المعدية الحادة فيختل هنا سير الافعال الميتابوليكية وتصبح هذه الافعال ناقصة ومن ثم فان المواد الغذائية

مع مايطرأ عليها من الهضم التام لا تنتهي بعد تطورها في البدن الى المراكز الاخيرة الضرورية لجعلها صالحة لترميم الخليات وزيادة على ذلك تحدث في صميم الانسجة تحللات تتناول خصوصا المواد الزلالية وتنتهي هذه التحللات بضياع مقادير من الزلال والشحوم والجليكوجين والغازات وحتى من الماء ايضا ولا يمكن تلافي هذه الضايعات بالطعام مهما كان هذا متوفرا وهذا مايعلل لنا الضعف الشديد والسريع الذي ينتاب الشخص في امراض الكبد والديابطس السكري . ويماثل ذلك الضعف الذي يتكون عند زوال الحمى التيفوئيدية وما يشاكلها من الانتانات الاخرى غير ان الضايعات هنا تكون في حالة الانتان الحاد فقط وعلى اثر الانتان تحدث في البدن لتلافي هذه الضايعات افعال تمثيلية نشيطة تقوم بتعويض ما خسر من القوى .

الافراط في استهلاك القدرة :

قد تكون زيادة النفقات العضوية نتيجة عمل مفرط اوراحة غير كافية مع وجود السهر او التعرض المستمر لتأثير البرد لذلك نرى الضعف نصيب العاملين الذين يمجون باسباب الراحة ويتحملون اشد الظروف في سبيل العمل . وهناك بعض حالات مرضية تشتد معها الاحتراقات العضوية فتفوق مافي البدن السليم حتى في حالة الراحة ومن اشهر الامثلة لهذه الحالات (مرض بازدو) الذي ينشأ عن تزايد افرازات الغدة الدرقية . لذلك يتعين تحقيق وجود هذا المرض في بدن كل شخص نحيف .

اما اسباب البدانة فهي : (١) تزايد الادخالات الغذائية (٢) التفريط في استهلاك القدرة (٣) بطائة التحولات الاغتذائية .

تزايد الادخالات الغذائية :

ان كثرة الادخالات الغذائية من ابسط اسباب البدانة واكثرها وقوعا . واغلب السمان يأكلون بنهم وتكون هذه العادة فيهم ناشئة عن اسباب وراثية او عن التربية اوعن مجرد الولع . فالشهية لديهم في انتباه مستمر وليس لهم مع ذلك قوة من الارادة مايكفي لمقاومتها حتى ان البعض منهم يخاف من الجوع خوفا فتنحصر افكاره في الاكل ويصير هذا ديدنه .

ويكون الافراط في الاكل احيانا مسببا عن تنبه طبيعي يحدث في حالات الحمل والارضاع او النقاهة من مرض حاد .

والسمن الناشئ من كثرة الطعام يكون احيانا مصحوب بسوء الهضم لان الافراط في الطعام بصورة مستديمة يولد السمانة وسوء الهضم معا . ويمكن ازالة هتين الحالتين بتنظيم التغذي .

التفريط في استهلاك القدرة اي قلة العمل .

ومن جملة اسباب السمانة الكثيرة الحدوث هو قلة العمل ويشاركه في اغلب الاحيان افراط الاكل والسمان يعدون من القاعدين الكسالى الذين يسيئون التمتع براحة الفراش والسمن انما كان نصيب هؤلاء لانهم لا يجهدون انفسهم بالاعمال الضروية لتصريف القدرة الكامنة في الغذاء فيتحول هذا الى شحم ويتجمع هكذا في ابدانهم .

بطائة التحولات الاغتذائية :

قد تتأخر التحولات الاغتذائية في البدن ويكون هذا التأخر عرضا مميزا لبعض حالات مرضية كالاذيما الخاطئة (ميكزودم) التي تنشأ عن قلة افرازات الغدة الدرقية فالمصاب بهذا المرض يسمن ويصير

اعجوبة (*) في السمن وليس من البعيد ان يحدث مثل هذا في عدم كفاءة المبيضين او الخصيتين اوفي آفات الغدة النخامية .

وتداوي البدانة او النحافة ينبغي ان يبني على نتائج الفحص التام ولا يكفي هنا التشخيص البسيط . فيجب معرفة سبب اختلال التوازن الغذائي الذي ادى الى النحافة اوالبدانة وذلك بتدقيق ميزانية الوارد والمصروف من الغذاء وبالبحث عن حالة غدد الافرازات الداخلية .

وكيفية تطورات الاغذية في البدن عند تمثلها وتصريفها بعد التمثل في مصالح الحياة المختلفة [وهو ما نطلق عليه اسم الميتابوليزم Metabolism] من الافعال التي ينبغي الوقوف عليها عند البحث عن اضطراب الافرازات الداخلية لانها اصدق شاهد لما يحدث في الغدة الدرقية من التحولات . فالبدانة بدون انحطاط هذه الافعال الميتابوليكية لاتعتبر ناشئة عن قلة الافرازات الدرقية ولا تستلزم استخدام المستحضرات الدرقية . وكذلك النحافة فانها بدون اشتداد الافعال الميتابوليكية ليست ناشئة عن تزايد الافرازات الدرقية ومن ثم فلا تلجئ الى العلاج بالاشعة (راديوتراپي) . وبالعكس اذا كانت النحافة مع انحطاط الافعال الميتابوليكية (بدلا من اشتدادها) تعتبر ناشئة عن هبوط كمية الغذاء عن الحد المعتاد وحينئذ ينبغي تمحيص السبب الباعث الى هذا الهبوط من بين الاسباب العديدة نفسانية كانت اوجسمانية .

ويقوم تداوي النحافة والبدانة باعادة التوازن الغذائي وذلك اولا بتطبيق النظام الغذائي والتمارين البدنية .

فتزاد كمية الغذاء حيث تفيض على الاحتياجات العادية في نحاف البدن وتخفض حيث تكون دون الاحتياجات الفسيولوجية في السمان وفي ذات الوقت يوصى للنحيف راحة مستديمة لاسيما اذا كان قد انهك قواه قديما بالاعمال الشاقة ويشار على السمين ان يروض بدنه بالتمارين العنيفة .

ولا يتسنى ازالة النحافة او السمن بمدة قصيرة وهب انهما قد تلاشيا وعاد وزن البدن الى حالته الطبيعية فانه ينبغي زيادة على ذلك منع عودتهما ثانية وهذا ما يتم بتبديل سلوك اعضاء الشخص المولدة للمرض وتعويض ما فسد منها بطبائع سليمة مولدة للصحة ولا ينال هذا ببضعة ايام . ويكون العلاج اعظم تأثيرا اذا كان بطيئا ومستمرا وملائما للحياة المعتادة مهما امكن لئلا يصعب على الشخص الاستمرار على استعماله والاستفادة منه .

فبهذه المعالجة يتاح اصلاح قلة الاشتهاء في النحيف وكثرته في السمين وارجاعهما رويدا رويدا الى مستواهما الطبيعي . فاذا استطاع الشخص ان يقتات طويلا حسب ما يقتضيه نظام الغذاء في الحياة الفسيولوجية فلا تلبث ان تنتظم اعضاؤه ويصطلح ما اختل من توازنه الغذائي وحينئذ يجوز الحكم على ان النحافة او السمانة قد شفيا شفاء نهائيا .

وطبيعي اذا كانت النحافة او السمانة مصحوبة بحالة مرضية اخرى ينبغي تداويها معا بازالة سببهما فاذا تحقق ان الباعث لهتين الحالتين آفة في غدد الافرازات الداخلية يتحتم تداوي تلك الآفة بما يمائلها من العلاج .

(*) قال الاستاذ الطبيب ثريا على بك (الاستانة) ان من السمن ما يستحق الشفقة وما يستحق السخرية وما يستحق الرحمة (نقلها الطبيب المحترم ابراهيم عاكف بك الالوسي)

التهاب الدماغ السباتي

(ذات الدماغ التخدري)

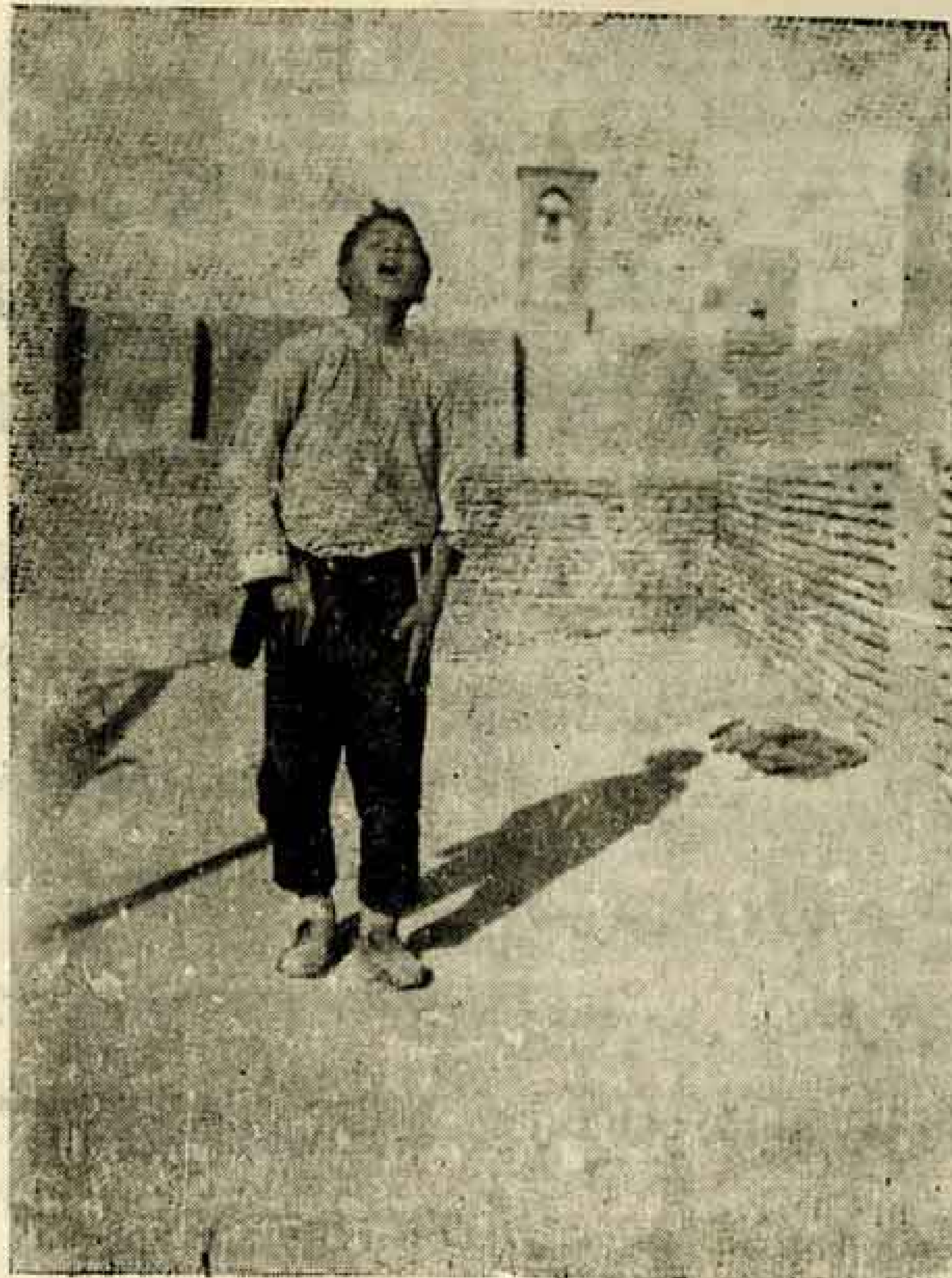
(تابع ما قبله)

ان للنوم الذي يحصل في التهاب الدماغ السباتي مظهر آخروهو ان اجفان المريض تبق مطبقة ولا يستطيع رفعها رغما عن كونه مستيقضا يسمع ويشعر بكل مايدور حوله ويحصل احيانا ارق شديد بدلامن النوم العميق يرافقه هياج واضطراب شديدان قد يبلغان درجة الهذيان وفقدان التمييز ويمكن ان يدوم الارق فلا ينام المريض لا ليلا ولا نهارا وفي بعض الحالات يحصل ارق في الليل ونوم عميق في النهار . و هذا النوع يصيب الاطفال وتستغرق تغيرات النوم اشهرا عديدة وتدوم في بعض الاحوال مع الاعراض الاخرى وقتاطويلا . ان اعراض النوم لا تكون بهذه الشدة دائما بل في الانواع الخفيفة يشعر المريض بتعب وانحطاط في القوى و كسل ومهما كانت اعراض النوم فانها من اهم علامات التهاب الدماغ السباتي وتوجد في اغلب انواع هذا المرض . واماسبب هذا النوم وتغييراته التشريحية لا يزالون مجهولين

التأثيرات النفسية : يرافق السبات او الارق في هذا المرض هذيان وفي بعض الحالات يكون الهذيان بسيطا اذ يدور حول شؤون المريض الخاصة كاشغاله وصنعة وما اشبه . يحصل هذا الهذيان اثناء النوم ويزول حين اليقظة واذا حصل في اليقظة ويكون حينئذ غالبا في ليالي الارق يصحبه هيجان شديد وخطأ في السمع والبصر ويحصل جنون في بعض الحالات Hypomany ام اعراضه ذهول الفكر والخوف وكثرة الكلام المختل اللفظ والمعني .

اختلال الحركة : فلج عضلات العين الخارجية والداخلية من اهم اعراض التهاب الدماغ السباتي ويمكن مشاهدته في ثمانين بالمائة من حوادث هذا المرض واهم مميز له كثرة تطوره فتجد احيانا فلجا في قسم من عضلات العين يزول منها بعد برهة من الزمن يستولي على غيرها فيشكو المريض تارة الحول وطورا اتساع الحدقة او تضيقها . واشهر اشكال هذا الفلج جحوظ العينين الذى يحصل من فلج كافة عضلات العين وفي بعض الاحيان يحصل تهدل الجفن . وتختلف جميع هذه الاعراض الفلجية كثيرا وتتحول من كتلة عضيلة الى اخرى وهي تزول بسرعة وبعد مرور الدور الحاد واذا حصل فلج في عضلات العين الداخلية يحصل اختلال في النظر لعدم مكنة العضلات من تعديل البصر فيرى المريض محيطه مختلا ولا تتساوى الحدقتان ورغما عن ذلك يبقى عمل الحدقة العكسي صحيحا .

يحصل في عصب الوجه والشعبة المحركة من عصب التوأم الثلاثي فلج كثير ويكون على الاغلب خفيفا وغير كامل فيحصل من فلج الشعبة المحركة لعصب التوأم الثلاثي نظرا لضعف العضلة الماضغة ويحصل صعوبة في البلع بسبب شلل العصب البلعومي اللساني وينشأ من ذلك لهجة خاصة



عواقب التهاب الدماغ السباتي

ارمناك سركيس (المستشفى الملكي بغداد)

يرى هنا شكل وصفي وهو سقوط الفك ، انعطاف الرأس الى الخلف ، سقوط الاجفان ، جحوظ العين، انخفاض الكتف الايسر ، وضعية اليد اليمنى المتشنجة .... الخ (راجع العدد الاول من المجلة)

في التكلم يتصف بها هؤلاء المرضاء فيصير الكلام غير منتظم ويخرج بصعوبة ويكون متقطعا وبطيئا جدا فاذا استولى الفالج على مركز التنفس في البصلة يحصل انقطاع التنفس والموت الفجائي ·

اختلال الحركات Hiperkinesie: اول الاعراض التي يبدأ بها المرض هي تشنج العضلات البطنية يرافقها اوجاع شديدة وكثيرا ما تؤدي هذه الاوجاع وتقلص العضلات البطنية الى الخطأ في تشخيص المرض فيختلط بالتهاب الزائدة الدودية وانسداد الامعاء · يتكرر التشنج بسرعة ٣٠—٤٠ بالدقيقة ويشتد اثناء الشهيق ويسكن في الزفير ويحصل فيما عدا العضلات البطنية تشنج في عضلات الظهر وتصلب في العنق الذي يضطر المريض ان يحني رأسه الى الخلف ومن بعض اعراض التشنج العضلي الشهقة Singultus التي تحصل من تشنج عضلات الحجاب الحاجز وكثيرا ما يبدأ التهاب الدماغ السباتي بهذه العلامة الوحيدة ·

يوجد نوع آخر لاختلال الحركة وهي الرجفة التي تشابه داء الرقص Chorea وتكون هذه الرجفة غير منتظمة وسريعة تنتقل من كتلة عضلية الى اخرى ويمكن حصولها في جميع انحاء الجسم حتى في الوجه وفي اللسان ·

الفلج الارتعاشي Parkinsonism: الفلج الارتعاشي هو من الاعراض المهمة الاساسية التي تصادفها في التهاب الدماغ السباتي وكانت موجودة في جميع المرضى الذين شرحنا عنهم · يبدأ الفلج ذو الرعشة فورا بعد مرور الدور الحاد للمرض او بعد مرور زمن طويل على الدور الحاد وبعد حصول تحسن وشفاء ظاهرين فيظن انه مرض آخر · وفي بعض الحالات لا يمكن معرفة الدور الحاد من تاريخ المرض ويكون الفلج الارتعاشي اول عرض يبدأ به ففي هذه الحالة يبدأ الارتعاش تدريجيا ثم يزداد مترقيا فيظهر في المريض ضعف حقيقي في الحركة وصعوبة في تحويل شكلها وفي شدتها ·

واوصاف هذا الارتعاش هي عدم حصوله دفعة واحدة بل بصورة متقطعة وفي اكثر الاحوال يتوقف الارتعاش حين اجراء حركة اراد به كالاكل واللبس واذا قيل للمريض ان يكرر حركات متشابهة كفتح الكف وغلقه يعمل تلك الحركات جيدا في البدأ ولكن يتناقص وسع الحركة بعد برهة ويختل نظامها ثم تتوقف بسبب التشنج الشديد · يحصل مع هذا الارتعاش ازدياد التصلب العضلي (Tounus) ويمكن معرفة ذلك التصلب بلمس العضلات الصلبة وبروز العضلات واوتارها تحت الجلد ظاهرة جلية ولا يحصل في هذه الحالة فتور كبير بالافعال الانعكاسية للاوتار وقد يزداد قليلا ·

يختل انتظام التقلص العضلي ويصعب على المريض اجراء حركة معينة بالسرعة اللازمة لان كل عضلة تريد ان تتقلص لذاتها فيضطرب نظام تقلص وارتخاء العضلات المتضادة (Antagonistic) اذ تتقلص معا فيحصل من ذلك تصلب تلك الجهة وعدم حركتها · يتزايد الحس العضلي فاذا ضربت كتلة عضلية تتقلص بشدة وعند ذلك ينتشر التقلص الى كل انحاء الجسم ومن مجموع هذه الاعراض يصيب المريض بالفلج الارتعاشي الذى يحصل في التهاب الدماغ السباتي وللمريض في هذه الحالة منظر خاص يكون فيه الوجه صلبا جامدا وتفقد منه

مزية الاشمئزاز والفرح ولذلك يسمى الوجه المقنع Masken gesicht

فينفتح الجفن وتجحظ العين ويهبط الفك ويسيل اللعاب ويصير الوجه افلس من الزيت الجلدي salben gesicht ويحرك المريض فكه بصعوبة ولا يتمكن من بلع الطعام ومضغه جيدا وفي بعض الاحيان يحصل تشنج في المريء وحينئذ يستحيل ادخال الطعام وبلعه · يحصل من تشنج العضلات وعدم انتظام الحركة صعوبة في القيام والقعود والاضطجاع ويستحيل في بعض الاحيان على المريض تغيير وضعيته دون معاونة ويكون المشي صعبا وبخطوات صغيرة سريعة متوالية وغير منتظمة ومن العلامات المهمة عدم حركة الاطراف العلوية اثناء المشي كما هي الحالة في المشي الطبيعي ويسرع التنفس في بعض الحالات فيبلغ ٤٠—٥٠ مرة بالدقيقة ويحصل كثرة في التثاؤب والضحك الاجباري فيتبسم المريض رغما عنه ·

الاعراض العموميه :— ليس لارتفاع الحرارة قاعدة اساسية فيسير المرض في بعض الحالات سيره الطبيعي وينتهي دون صعود الحرارة ويحصل في اغلب الحالات ارتفاع في الدور الاول الحاد الى درجة ٣٩—٤٠ مائوية بغتة او تدريجيا ولا تستمر الحرارة بل تهبط بالتدريج بعد زمن قليل والعرض الاساسي للمرض هو دوام الاعراض الاخرى وازديادها رغم هبوط الحرارة ومن النادر ان تتجاوز الحرارة في الدور المزمن الحرارة الطبيعية ·

اما النبض فيكون سريعا وفقا الى ارتفاع الحرارة ويصير في الدور المزمن بطيئا ٦٠—٧٠ نبضة بالدقيقة · ويهبط الضغط الشرياني مع بطيء النبض ويحصل ذلك في حالة النوم والسبات ·

ويزداد التنفس في الدور الحاد من ٣٥—٤٠ مرة في الدقيقة وذلك من دون عسر في التنفس وزرقة في الوجه ·

يكون البول طبيعيا في اكثر الاحوال ونادر ما يحصل البول السكري اوالزلالي ·

يزداد عدد الكريات البيضاء الدموية من ٢٥،٠٠٠ ٣٠،٠٠٠ في الدور الحاد وتتناول هذه الزيادة الكريات المتعددة النوات واما في دور النقاهة اللمفوسيت والازونوفيل اذا فحصنا السائل النخاعي الشوكي نجد زيادة في مقدار اللمفوسيت الى درجة ١٠٠ كرية في المليمتر المكعب يرافقها زيادة قليلة في الزلال ويزداد ايضا مقدار السكر في السائل النخاعي الشوكي بنسبة زيادة السكر الدموي وهذا من اهم المميزات للتفريق بين هذا المرض والتهاب السحايا التي ينقص فيها مقدار السكر ·

سير المرض وعاقبته: ان الاعراض الاساسية التي يمكن مشاهدتها في اكثر الاحيان هي اضطراب النوم والحركات غير الطبيعية والارتعاش واختلال البصر وفلج العضلات العينية ومن الاعراض التي يمكن مشاهدتها في ٤٠—٥٠ بالمائة هو الهذيان ·

واذا دققنا النظر في مختلف الابحاث العديدة عن هذا المرض التي كتبت منذ بضع سنوات نرى اختلافا بينا في وصفه ووصف اعراضه وسيره واشكاله يختلف في مختلف البلدان ومن الصعب التوفيق بين تلك الاعراض المختلفة واختيار اسسا منها نسير بموجبها في تعريفه ووصفه ففي قسم كبير من الحوادث يبدأ المرض باعراض الانفلونزا يعقبها اختلال النوم ومضاعفة النظر وقسم آخر يبدأ بآلام شديدة

في بعض اقسام الجسم تدوم قليلا ثم يعقبها شدة الحس وارتعاش في تلك الناحية وفي حالات اخري يبدأ المرض والارتعاش سوية او يعقب الواحد الآخر بمدة قصيرة ويختلف مدة هذا المرض كثيرا فيمكن حدوث الموت في جميع ادواره . فبعض الحوادث انتهت بالموت بعدة خمسة اوستة ايام واخرى دامت اشهرا عديدة وبعضها يشفى وتزول جميع اعراض المرض وغيرها باخذ شكلا آخر يدوم سنينا عديدة . ومما يؤسف له كثرة النكس بعد حصول الشفاء الظاهري ومن الصعب الجزم في انذار ثابت فكثيرا ما اشتد المرض وانتهى بالموت السريع بينما كان يسير سيرا خفيفا .

فالحرارة الشديدة وتزايد السكر في السائل النخاعي الشوكي وظهوره في البول وازدياد الكريات البيضاء هو من جملة الاعراض الوخيمة .

ان نسبة الموت هي ٣٠ — ٤٠ بالمائة وظهر اخيرا ان الشفاء اقل مما كان ينتظر وان عاقبة الحالة المرضية سيئة في اغلب الاحيان وكلما كثرت المشاهدات وتقدمت التجارب تتحقق صعوبة شفاء الحوادث المزمنة وكثيرون يقولون بعدم امكان الشفاء التام .

اما الاعراض التي تبقى بعد زوال الدور الحاد هي الفلج الارتعاشي وعدم انتظام الحركة Akinese وضعف العضلات وانواع الفالج . وتناقص قوة الحس العمومية وحصول نسيان وعدم اكتراث بالمحيط وحب النوم الكثير ولكن لا يحصل تأثير في الفهم والقوة الحاكمة ويشعر كثيرون من المرضاء بحالتهم وعاقبتهم وهذا مما يزيد في بؤسهم وشقائهم .

المعالجة او المداواة

ليس لهذا المرض دواء قطعي ولا وسائط مقررة للوقاية منه وذلك لعدم معرفة جرثومة هذا المرض وكيفية انتقاله الى الجسم ولم يتمكن احد من اثبات انتقال المرض مباشرة وكل المشاهدات الطبية تجهل عامل هذا المرض .

ونظرا لاعتقاد البعض بوجود جرثومة هذا المرض في الانف والبلعوم فمن المستحسن تنظيفها وغسلها بالمحاليل المطهرة .

يعد هذا المرض في بعض البلاد من الامراض المعدية التي يلزم الاخبار عنها من جملتها انكلترة وايطاليا وسويسرة فلئن لا يوجد دواء قطعي لهذا المرض ولكن التجارب كثيرة جدا اهمها استعمال مصل شخص شفي من هذا المرض وشبير (سترن) باستعمال ٥٠ سانتيمتر مكعب من هذا المصل ويدعي انه يحصل تحسن كبيرة في حالة المريض . ولكن قبل اخذ المصل يجب ان تتحقق شفاء الشخص من مرضه كي لا تدخل جراثيم جديدة الى جسم المريض .

وقد استعملوا في الدور المزمن انواع الامصال ومن جملتها مصل الجبل الطبيعي ومصل الكزاز ومصل الطاعون او حقن الدم الذاتي او حقن السائل النخاعي الشوكي وكذلك استعملوا المعالجة بانواع البروتئيد كحقن الحليب والببتون والياترن كازئين I atren casem وكل مؤلف يدعي نجاح طريقته ولكن النجاح في جميعها وقتي . ومن اهم هذه الوسائل حقن السائل النخاعي الشوكي من نفس المريض داخل الوريد واول من استعمل هذه الطريقة هو Peticarin في رومانيا medical ovnnal

١٩٢٤) وبالغ بالثناء عليه حتى حدا بنا ذلك الى تجربته في معالجة حادثين حصلنا في احداهما على نتائج حسنة عظيمة عند اول حقنة ولكن لم تدم اكثر من ثلاثة ايام .

ولقد واظبنا على الحقن مرة كل اسبوع بمقدار عشر سانتيمترات مكعبة فكنا كلما حقنا مرة نحصل في اليوم الثاني على نتائج حسنة ولكنها سريعة الزوال . واما في المريض الآخر فلم تنجح هذه الطريقة بتاتا بل ادت الى ازعاجه ثلاثة ايام بالدوار والقيء لاننا سحبنا من ظهره مقدارا كبيرا من السائل النخاعي الشوكي

يستعمل (نفر) الخراج الاصطناعي Fixation Abscess في الدور الحاد ويدعي انه عالج ١٩ مريضا بهذه الواسطة شفا منهم ١٧ . وكذلك يحقن ١—٢ سانتيمتر مكعب من التربانتي terpentiu تحت الجلد في الفخذ .

اما ما يختص بالمواد الكيماوية فقد استعملوا منها قوللوئيدال الفضة وكذلك حقن ازرق مثلين (Wethy len-blea) ولقد فكروا في استعمال (ئوروتروبين) كما في التهاب السحايا والغاية من ذلك كما يقال انه يتشرب الى السائل النخاعي الشوكي ويكون مادة (ermafldebyd) التي لها خاصة قوية لازالة العفونة يتضح من ما اسلفنا انه لا يوجد واسطة علاجية قطعية لها تأثير جازم على العامل المرضي للالتهاب الدماغ السباتي يمكن استخدامها لاجل المعالجة . ولا يزال هذ في دور التجربة .

فاذا صرفنا النظر عن المعالجة القطعية الاساسية يبقى لدينا المعالجة العرضية . واهم عرض يضطر الى معالجة هو الارق والهياج العصبي ويستعمل لذلك المسكنات المختلفة مثل البروم لو ميثال ، فلورال مورفين .

سقو بولامين والنقط الاساسية في معالجة المرض هي تطبيق الوسائط المعلومة التي تستعمل في سائر الامراض المعدية كالاستراحة المطلقة والتمريض الجيد ، الحمية الموافقة . واما الحالة المزمنة فهي معقدة وصعبة الشفاء . ففي حالة الارتعاش . والتشنج يستعمل سقو بولامن والمورفين والاترو بين ولكن لم يحصل من ذلك نتيجة واضحة . ولقد جرب التداوي الكهربائي والتداوي بالماء ، والتداوي بالشمس ولكن لم تستقر كلها عن نتيجة مستمرة .

الدكتور صائب شوكت

عن المجلة الجراحية الاميركية:

تكوين السرطان الانتقالى بالتجربة فى ثدي الكلب وتكوين الايبثليوما فى الانسان بواسطة حقن متتابع بمكركوك جرد من سرطان الثدي البشري

جون . نوزوم . ام . دى

شيكاغو

تعريب الدكتور توفيق رشدى
والدكتور السيد هاشم الوترى

لا بأس من تذكير القراء بان اعظم مسئلة يجابهها عالم الطب اليوم هي معرفة اسباب السرطان وان كان هذا المرض غير مجهول عند القدماء . والسرطان هو المرض قد عم جميع اقطار العالم في العصر الاخير والظاهر انه يزداد فتكا كلما تقدمت الحضارة فانه يقضي في كل عام على حياة ما يقرب من مائة الف نسمة في الولايات المتحدة فقط . وقد وضعت مجلدات عديدة في هذا الموضوع وان الباحثين المدققين قد اوقفوا حياتهم لدراسة هذا الطاعون العظيم وفحصه في مختبرات وسريات العالم اجمع .

ينحصر البحث عن السرطان اجمالا في ثلاثة ادوار مهمة: الدور الاول يشمل البحث عن طفيل السرطان والدور الثاني هو دراسة السرطان القابل للانتقال الى الحيوانات الدنيا . والدور الثالث هو الاكثر حداثة يشتمل عَلَى المساعي التى اجريت لتكوين السرطان تجربة بواسطة النطران في الارانب والفئران . وقد اسفر كل دور من ادوار دراسة هذا المرض عن معلومات حديثة في غاية من الاهمية . يحتمل ان اقطع هذه المشاهدات واعظمها اهمية من تكوين المرض هي ما اتفق عليه الجمهور من ان هناك وجهة دور تخرش مستديم يرجح انه ميكروبي الطبيعة يجرى فعله قبل استيلاء الورم الخبيث . اعني بذلك الآفات التي تتقدم السرطان . وزمن التأهب والاستعداد الذي يجب ان يمر عَلَى العضو قبل ان تكتسب الخلية السالمة قوة النمو الذي لا حد له . ذلك الزمن الضروري لنمو كلا الورمين الذاتي والتجربي في الانسان والحيوانات الدنيا .

اريد فى هذا المقال ان الفت انظار القراء الى اسباب السرطان الطفيلية وابرهن على ان حقن بعض الجراثيم من طائفة الميكروكوك الذي جرد حسب الاصول من سرطان ثدى البشر الحديث . كان قد انتج في الكلب كرسينوما حقيقيا قابلا للانتقال واحدث في الانسان سرطانا ابتدائيا وقد بدأت الدراسة في هذا الميدان في عام ١٩١٨ واستمرت طول الست سنوات التي مضت حسبما تيسر من الظروف والوسائل . ونشرت نتائج بحثي عن كرسينوم الفئران البيض القابل للغرس في نسخة اغستوس سنة ١٩٢١

من (المجلة الجراحية والنسائية والولادية) وكان في وسعي تجريد الميكروكوك الصغير القابل للتلوين بطريقة جرام باستعمال وسط زرعي لاهوائي قسيما مكون من سائل الحبن مع الانسجة وقد افيض في البحث في تلك المجلة عن المميزات الزرعية والمورفولوجية لهذا الميكروكوك .

وشاهدنا ثلاث مرات ان زرقة واحدة من زرع هذا الميكروكوك في الفأرة البيضاء قد كونت كرسنيوما خلاليا نموذجيا سريع النمو لا يختلف اساسيا عن الورم الذاتى الاصلي وكل من هذه الاورام الثلاثة كان قابلا للغرس في فأرة اخرى سليمة . وهذه التجاريب كانت قد اجريت مع الاحتياطات اللازمة لعدم نقل خليات الورم الحية اثناء التلقيح . وتيسر حديثا تجريد نفس الميكروكوك بصورة زرع نقي في ٣٨ من اصل ٤١ حالة من حالات سرطان الثدى البشري الحديث ومن انتقاله في غدد الابط او من رسوباته المنتشرة في انحاء الجسم .

طريقة زرع الميكروكوك

يقطع الثدي جمعية ونستأصل العقدات الابطية استئصالا كاملا ويوضع الجميع في اناء ويرسل حالا الى المختبر . فمن هذه الاقسام لم يستخدم للبحث سوى سرطان الثدي ولاجل استئصاله تحرق العضلة الصدرية برافعة محمية بالنار وتؤخذ العقد الورمية من الخلف مع الاهتمام بمحافظة الجلد الذي يغطيها ثم تهرس شذرات صغيرة من نسيج السرطان او من عقدات الابط المتضخمة وتستحلب في انبوبة طويلة تحتوي عَلَى مزيج من الدكستروز والحبن ومرق اللحم المغطى بزيت البارافين المعتم او البترول الصلب والغرض من تغطية المزيج هو جعله بمعزل عن الهواء فسما وفي كثير من الحالات قد لقحت بمستحلب نسيج السرطان اوساط زرعية مغطاة بزيت البرافين وتحتوي عَلَى الدكستروز والمرق فقط وخالية من سائل الحبن والنسيج الكلوي . و بعد اتمام زرع السرطان تترك الاوساط الزرعية في فرن التفريخ لاجتياز دور الحضانة وتوضع معها للمقايسة انابيب تحتوي عَلَى الدكستروز والمرق فقط وبدون ان يزرع فيها شيء ولقد برهنت مآت من تجارب الزرع عَلَى ان نمو الميكروكوك لا يتيسر البتة في اوساط صلبة . وبعد ان يتم تجريد الميكروكوك في وسط مكون من الدكستروز والمرق مع سائل الحبن اوبدونه يمكن حينئذٍ تكثيره بتوليد انسال زرعية منه بعد ان يكون قد ائتلف مع الزرع الصناعي .

المميزات الزرعية والمورفولوجية

ان الميكروكوك الذي يجرد خاصة من سرطان الثدى البشري يماثل باشكاله الزرعية والمورفولوجية ذلك الميكروب الذي جرد سابقا من سرطان الفأر القابل للغرس . وهو يتميز بالاوصاف النموية الاتية : اذا زرع نسيج السرطان في انبوبة تحتوي عَلَى الحبن والدكستروز والمرق وترك نموه في فرن التفريخ تظهر عادة بعد مضى ٤٨ الى ٧٢ ساعة هالة محدودة ذات لون ابيض مكمد تحيط بنسيج السرطان في قعر الانبوبة و يزداد الوسط تعكرا عند تحريك الانبوبة حركة خفيفة . اما انابيب المقايسة التي وضعت في فرن التفريخ في ذات الوقت مع انابيب الزرع فانها تمكث رائقة لامعة وبعد مرور عدة اسابيع عَلَى دور الحضانة يتكون في انابيب الزرع راسب حبيبي او جالحوي ويصير عَلَى السائل رائقة في الزرع القديم .

وللحصول على زرع ثان من الزرع الاصلي يؤخذ

بواسطة السحاحة (Pipette) ٠٫٠٣ الى ٠٫٠٥ سانتيمتر مكعب من هذا الزرع من قعر الانبوبة بالقرب من شذرات الانسجة وينقل الى سلسلة اخرى من الانابيب ٠

وتكون تغيرات الميكروكوك الاساسية في الانسال الزرعية المتتابعة اكثر وضوحا ويكون التعكر المحيط بنسيج السرطان سريع الانتشار الى اعلى الوسط الزرعي فيؤول الى تعكيره وهذا ما يدل على تعود الميكروكوك على الزرع بالوسائل الصناعية ٠

ان الزرع النقي لهذا الميكروكوك الدقيق المستحصل سواء كان من سرطان ثدي الانسان او الفار لا يختلف بعضه عن بعض من حيث المميزات الزرعية والمورفولوجية ويغلب دائما في الزرع الاصلي وجود صور دقيقة من الميكروكوك ولكن لا يخلو نفس هذا الزرع من انواع كبيرة الحجم منه لاسيما في المنابت القديمة وهذه الانواع ناشئة عن استحالة الميكروكوك فاذا زرع الميكروكوك في انبوبة اختبار بمعزل عن الهواء قسما وترك الزرع ينمو في حرارة مناسبة لنموه واخذ من قعر الانبوبة شيء منه بعد ٥ — ٧ ايام من الحضانة ونشر على صحيفة من الزجاج فانا نشاهد فيه بعد تلونه كثيرا من مكروبات صغيرة كروية وبيضية يكون اغلبها مزدوجا او متصلا بعضه ببعض على هيئة سلسلة ويتلون هذا الميكروب جيدا بطريقة (جرام) او (جمزه) وهو عديم الحركة وعار عن المحفظة ٠ فالصور الدقيقة المأخوذة من زرع حديث تتلون ايجابيا بطريقة (جرام) وتقبض على صبغ (بنفسج الجنطيانا) واما الاصباغ الاخرى كزرقة المتيلين القلويه (طريقة لوفلر) وكاربول بنفسج الجنطيانا والكاربول فوكسين فان كل واحد منها ملون الميكروب بدون ان يميزه جيدا وذلك ناشيء عن شدة تلون الساحة المحيطة به ويظهر ان هذه البكتريا الكوكية الدقيقة تنمو ضمن خليات السرطان ٠

ونشاهد في التحاضير التي جهزت من قعر انابيب عطن فيها نسيج السرطان ازواج وافراد من الميكروبات الموضوعة ضمن خلايا السرطان وكثيرا ما يوجد داخل عش من خليات السرطان ميكروبات دقيقة تتلون بطريقة جرام يتراوح عددها بين ٥ و ٢٠ ميكروبا ٠

ويتشكل الميكروكوك باشكال عديدة ؟ ففي الزرع القديم او في انابيب الدكستروز والمرق يغلب وجود الانواع الصغرى ويرجع الاختلاف في حجم الميكروكوك الى ما استعمل من الاوساط الزرعية والى درجة توتر الاوكسجين ومن المؤكد ان نقل الميكروكوك من وسط زرعي الى آخر ونموه بمعزل عن الهواء قسما مما يؤول تدريجيا الى صغر حجمه ٠

واننا في تجربتنا الاولى وان لم ننجح في الحصول على زرع اصلي من الميكروكوك باستخدام الوسائط الزرعية الصلبة فقد كان من المتيسر زرعه في هذه الاوساط بنقله اليها من الزرع الاول وانمائه فيها تحت تيار طلق من الاوكسجين وهو ينمو جيدا في الوسط المركب من ثلاثة اجزاء من سائل الحبن وجزء واحد من الاجار المخفف بنسبه ٢ في المائة فعند زرعه في هذا الوسط تظهر فئات من الميكروكوك بلون سنجابي منتشرة على سطحه وذلك بعد دور من الحضانة يستغرق ٣ او ٤ ايام ٠

واذا نقل الزرع الاول الى وسط معتم مكون من دم الانسان والاجار فان فئات الميكروكوك تظهر بلون ابيض

سنجابي بحجم رأس الدبوس وبعد ان يبقى الوسط ٢٤ الى ٧٢ ساعة في حرارة مناسبة لنموه يتم في اغلب الاحيان انحلال الدم في منطقة واسعة ممتدة على طول خط الزرع ٠

وقد عزل الان الميكروكوك الذي نحن في صدده وحصل على زرع نقي منه في ٢٨ حالة من اصل ٤١ حالة من حالات سرطان الثدي البشري التي تايد تشخيصها بالفحص المجهري ٠ وجد الميكروكوك ١٣ مرة في "عقدات الابطية وفي سائل الحبن الناشيء عن سرطان البريطون ووجد ايضا في الفئران اكثر من مائه مرة واكتشف الميكروكوك ٦ مرات في كرسينوما عقدات الجلد وفي انتقالاته الى الرئة وفي الرواسب الليمفاوية الثانوية التي وجدت عند فتح الميت ٠

اذا نقل الزرع الاصلي الى وسط مكون من المرق والسكر فانه يعيش هناك دون ان يخمر الدكستروز واللولوز او المانيت ويخمر انواع السكر الاخرى كالسالسين والرافينوز والساكاروز ولكن بصورة خفيفة والميكروكوك ينمو بسهولة في الوسط المكون من اللبن وصبغته عباد الشمس واذا زرع في انابيب تحتوي على الجلاتين وحفظ في حرارة الغرفة لمدة اسبوعين فان الجلاتين في رأس بعض الانابيب يتحول الى سائل تحولا خفيفا ولكن لم يمكن هذا التحول كاملا في اي حال من الاحوال والدكستروز مع المرق هو من اصلح الاوساط الزرعية لكلا الزرعين الاصلي والتالي فيتكون فيه زرع غزير مع حصول تعكر في المرق وراسب حبيبي يستقر في قعر انابيب الزرع ٠

ان صور الميكروكوك الدقيقة التي تعيش في وسط زرعي مكون من الانسجة وسائل الحبن تحت طبقة من زيت البرافين هي ميكروبات قابلة للترشيح ويكثر ايضا وجود هذه الصور القابلة للترشيح في الاوساط الزرعية المكونة من الدكستروز وسائل الحبن والتي يبلغ عهدها الى اسبوعين او ٣ اسابيع وهي تنفذ من مرشحات (ماندلر) ومرشحات (بركفلد) ٠ واذا زرع السائل الرائق الحاصل من ترشيح زرع الميكروكوك — في وسط مكون من سائل الحبن والانسجة ومغطى بزيت البرافين وترك في حرارة مناسبة لمدة ٥—٨ ايام يظهر فيه زرع نقي من الميكروكوك الدقيق وقد ثبت بصورة بانه ان انواع الميكروكوك سواء كانت دقيقة او ذات حجم كبير ليست في الحقيقة الا صورا مختلفة لميكروكوك واحد وتلك الانواع انما نشأت من اختلاف الاوساط الزرعية المستعملة وتباين درجة توتر الاوكسجين الذي فيها ٠

للبحث صلة

تربية الطفل

— وصايا صحية للامهات —

الدكتور صائب شوكت

مما يؤلم كل وطني حقيقي كثرة وفيات الاطفال التي تقع حوادثها في بلادنا ولا شك ان اهم سبب لها هو جهل الامهات وقلة اعتنائهن بتربية اطفالهن تربية صحيحة . ولذلك قدرأينا من اللازم تخصيص بضع صحائف من مجلتنا للبحث عن الواجبات التي يترتب على كل ام اداؤها تجاه مولودها العزيز. فالاهتمام القليل بمراعاة القواعد الصحية اللازمة في التربية يخلص الام من العناء الكبيروالاضطراب الشديد الذين لابد من حصولهما فيما اذا مرض طفلها المحبوب . وفي الوقت عينه يسبب خلاص حياة المآت من الاطفال رجال المستقبل الذين نراهم يموتون كل يوم بنتيجة الجهل .

١

الرضاع الطبيعي

— لاتتهم الطبيعة فانها عملت واجبها بل اتهم نفسك — « ملتون »

خلق لبن الام غذاء لطفلها وواسطة لنموه فليس للام حق باحتكاره ومنعه عنه . واول واجب يترتب عليها هو تأمين حسن اعطاء هذا الغذاء الوحيد الذي يكفل دوام حياة الطفل ويحفظ صحته . فاللبن ، كما قلنا ، خلق لاجل المولود واصبح من حقوقه الاساسية .

يوجد مناسبة قوية بين لبن الام واحتياجات طفلها الغذائية وقابليته الهضمية فاذا تبادلت امان طفليهما في الرضاع وارضعت كل واحدة طفل الاخرى فان ذلك قد يسبب امكان حصول اختلالات هضمية في الطفلين المذكورين . فينبغي على كل ام ان تقوم بواجب الامومة على حسب ماتصل اليه قدرتها واستطاعتها .

تأثير الرضاع على الام: — يؤثر الرضاع في صحة الام وفي مستقبل حياتها كتأثيره على طفلها . فهو الوسيلة الاساسية لنمو الحنان الوالدي وعدا ذلك فانه يؤمن تناقص حجم الرحم ومتعلقاته بجلب الاحتقان الدموي الى الثدي من الجهات التناسلي . واذا اهمل الرضاع بعد الولادة يدوم الاحتقان الدموي من الجهاز التناسلي فيسبب ركودة دموية وذلك ينتج انحراف الرحم وانقلابه وهذا يزعج الام وكثيرا مايحوجها الى اجراء عمليات جراحية .

صحة الام اثناء الحمل والرضاع : — يجب ان يكون طعام الام جيدا بسيطا سهل الهضم يحتوي على الغذاء الكافي ولا حاجة لطعام خاص او طعام زائد فالفكر الرائج بين العامة وهو (الاكل المضاعف) غير صحيح بل انه مضر . لاننا اذا وزنا الام الحامل مع جنينها نرى ان وزنهما لايزيد على وزن الام العادي . فكثرة الاكل يؤدي حتما الى سوء هضم وهذا يضر بالام وطفلها معا . فالذي تحتاجه الحامل ماعدا الغذاء الجيد ، هو الهواء الطلق النقي وحركة الجسم المنتظمة والرياضة الخفيفة ثم الاستراحة والنوم .. ذلك مع اجتناب كل مهيج ومزعج . فالحياة القروية البسيطة حيث لاهم ولا غم ولا تعب دماغي وهياج حسي هي احسن حياة للام الحامل او المرضع . فعلى اللذين يعيشون في المدن ان يراعوا قانون الحمل ويجتنبوا

كل شيء مزعج من اجتماعات الانس والحزن وكثرة التردد على زيارة الاصدقاء وسماع الاحاديث المتعبة التي لايخلو من ترديدها اي طبقة من النوع البشري فالمرأة الحامل العاطلة عن الحركة والتي تقضي نهارها في زوايا البيت المظلمة وهي مصابة بقبض معند لاشك انها تشتكي من الصداع اذ ان الالام العصبية المختلفة تحصل من تسمم الخلايا المخية والخلايا العصبية بواسطة الدم الفاسد فكيف تأمل هذه الحامل ان يكون طفلها صحيح البنية بينما يجري نفس ذلك الدم الفاسد في عروقه ويسمم خلايا مخه الطرية التي تتأثر بسرعة . نعم ان الدم الفاسد يؤدي الى تسمم خلايا مخ الطفل وجسمه ونقص في دماغه ومن الغلط الفاضح ان تتصور الام انها مريضة اوعليلة اومحتاجة الى النوم وعدم الحركة اثناء حملها ورضاعها لان الحالة بعكس ذلك فهي تحتاج الى الهواء الطلق ، الى الحركة والرياضة البدنية المفيدة ويجب كذلك ان تكون فرحة مسرورة وان تنسى كل ما من شأنه ان يزعجها ويؤلمها . فبهذا يولد لها طفل نشيط ذوبنية قوية وعقل سليم وكل ام تعلم ان الاولاد الذين حملت بهم في ايام هناءها وسعادتها كانوا اصحاء اذكياء والذين ولدوا في زمن البؤس والحزن هم ضعفاء اغبياء . ولقد ظهر من تدقيق الولادات التي حصلت في جهات الحرب المختلفة مايؤيد ذلك فالحمل الذي سار بين الخوف من رعود المدافع وازيز قنابل العدو ينتج اولادا اغبياء خاملين .

الاعتناء بصحة الثدي: — يجب دلك حلمة الثدي بين الاصابع صباحا ومساء من كل يوم من ايام الحمل وذلك ينشط الدوران الدموي فيه ويلينه ويسهل له النمو اللازم . وعند قرب الاشهر الاخيرة للحمل يجب غسل الحلمة بالكحول المخفف بالماء اوبمحلول البوريك اوبالصابون العادي ويجب ان يكون الثدي مطلقا وان لا يكون عليه ضغط بواسطة الثياب واما عقيب الولادة فتغسل الحلمة بالماء الساخن وذلك قبل كل رضعة وبعدها فاذا عمل ذلك ثم نشفت الحلمة بقطن نظيف فلا يبقى امكان الى حصول قروح او شقوق او التهاب او خراج في الثدي . ويجب بعد كل رضعة وضع قطعة من القطن النظيف على حلمة الثدي لمنع تماسها بالثياب .

كيف يبدأ الرضاع: — يعطى للطفل في اليوم الاول من الاسبوع الاول الثديان كل واحد لمدة دقيقتين وفي اليوم الثاني لمدة ثلاث دقائق وهكذا تزاد مدة الرضعات في كل يوم على هذه النسبة . فارضاع الطفل لمدة اطول من ذلك في الايام الاولية يحدث الما في حلمة الثدي وشقوقا وقروحا على حافته .

وبعد مرور الاسبوع الاول يبدأ باعطاء الطفل ثديا واحدا في كل رضعة ويستعمل الثديان بالمناوبة . ذلك اذا كان لبن الام كافيا لاحتياجات الطفل الغذائية . واما اذا كان قليلا وكان لبن الثدي الواحد لايكفي لكل رضعة فحينئذ يعطى الثديان في الرضعة الواحدة ولكن يجب ان يعطى الثدي الايمن اولا في رضعة ويعطى الايسر اولا في الرضعة الاخرى التي تعقبها وذلك لكي يؤثر المنبه اللازم لافراز اللبن ونمو الثديين على السواء .

وبعد مرور زمن مناسب يجب ان تجرب اطالة المدة التي يعطى للطفل فيها ثدي واحد فاذا نجحت هذه التجربة ونزل لبن اكثر من الثدي الواحد فعند ذلك يمكن تزييد هذه الاطالة الى ان يحصل امكان لاشباع الطفل من ثدي واحد .

يجب وضع الطفل عَلَى ثدي امه بعد مرور الجهد الولادي وذلك ٨—١٢ ساعة بعد الولادة وذلك لاجل حصول التنبيه اللازم . فتأخيره اكثر من هذا يسبب تأخر ظهور اللبن في ثدي الام .

وبعدذلك يوضع الطفل عَلَى ثدي امه كل اربعة ساعات في النهار ويترك في الليل ثمانية ساعات بدون رضاع ففي الايام الاول لايتمكن الطفل من استحصال شيء سوى بضع قطرات من سائل لزوجي ولكل قطرة من هذا السائل قيمة عظيمة . ولكن بعد مرور بضعة ايام يأخذ الثدي في افراز المقدار الكامل من اللبن فينتفخ ويكبر حجمه ويصير صلبا موجعا وساخنا في هذا الدور يستعمل رباط خاص لرفع الثدي وتعليقه لتهوين الوجع وتسكينه فاذا ازداد التضييق والوجع يمكن استعمال تضميد رطب ويعطي مسهل خفيف (ملين) لتأمين الدفع الطبيعي واذا كان الطفل غير مستريح في اليومين الاول والثاني ويظهر انه يحس بعطش فيمكن اعطاؤه بضع ملاعق من الماء المعقم بحرارة موافقة (٣٧ درجة) وذلك مرة في كل اربع ساعات واذا تأخر لبن الام عن النزول اكثر من يومين فيعطى للطفل لبن (حليب) البقر المعدل بتخفيفه بجزء من الماء المعقم لكل عشرة اجزاء منه . ويجب توقيف ذلك بعد نزول لبن الام مباشرة .

من النادر جدا ان تكون الام ضعيفة لدرجة ان لايمكنها ارضاع طفلها . الا ان تأخر ظهور اللبن يحصل في اكثر الاحوال من عدم تنبه الثدي بواسطة ارضاع الطفل بصورة كافية وعدم اعتناء الام بصحتها وغذائها فعلى الام ان تعرض نفسها الى الهواء الطلق وان تجتنب من السكنى في محل مظلم ذي هواء فاسد وعليها ان تفتح شبابيك غرفتها لتدخل اليها الشمس والهواء فهذان اهم واسطة لمحافظة الصحة .

وبعد مرور بضعة ايام على الولادة تحتاج الام لاجراء رياضة خفيفة لتعيد عضلاتها ما فقدته من القوة والنشاط ولتسريع عودتها الى حالتها الطبيعية واحسن الحركات الرياضية هو الانحناء الى الامام والى الوراء ثم الى الجانبين الايمن والايسر وتبدأ بعمل هذه الحركات ٦—٨ مرات صباح كل يوم عَلَى ان تزيد ذلك عَلَى حسب قدرتها ومن دون تعب .

للبحث صلة

المصل الواقى من الحصبة

الدكتور شكري محمد سكبان

كان العراق في العصور الماضية ذا شهرة واسعة بكثافة نفوسة ورقيه وعمرانه والان يمكننا ان نقول انه خالي ، غير مسكون لقلة نفوسه بالنسبة الى اراضيه وبقعه الواسعة .

واهم سبب لذلك وفيات الاطفال الناشئة من تاثيرات الاقليم وعدم المبالاة بالشرائط الصحية والاجتماعية والامراض التي لم يتمكن الفن حتي الان من كشف الوسائط اللازمة للوقاية منها بصورة مرضية كالحمى القرمزية والخناق والسعال الديكي والحصبة . ان الحمى القرمزية يندر وجودها في العراق . اما الامراض الباقية فهي منتشرة بصورة مستولية ومهلكة .

نرى في البلاد التى لها احصاء منتظم . ان الوفيات الناشئة من الحصبة كثيرة فالذي ماتوا في فرنسة منذ سنة ١٩٠٦ حتى ١٩١٣ من هذا المرض يبلغون ٣٠٠٠٠٠ نسمة . واما في جميع البلاد الاوربية فمات مليون طفل من الحصبة منذ ١٩٠٠ حتى ١٩١٠ . فالاطفال الذين هم دون السنة من العمر والضعفاء منهم والذين يمرضون في موسم الشتاء يكونون معرضين لخطر الموت بنسبة كبيرة . واذا دققنا هذه الوضعية يتضح لنا اهمية الوقاية من الحصبة .

يأخذ الدكتور (روبر دبره Robert debré) دم المصابين بالحصبة وبعدان يتأكد من سلامة من الداء الافرنجى بتطبيق تعامل واسرمان يجرد مصله و يزرقه الى الاطفال حين انتشار الحصبة . وكذلك كان يكفل حصول مناعة في الاطفال ضد الحصبة . في سنة ١٩٢٤ اجتمع المؤتمر الطبي الافرنسي ودقق هذا الاصول فتحقق لديه نجاحه اذ اوصى وزارة الصحة بلزوم استحضار هذا المصل واستعماله . ويستعمل هذا الاصول الواقي في المانية وامريكة . حتى ان الحكومة الالمانية تدفع جائزة نقدنة للمتبرعين من دمائهم الثمينة اما في فرنسة فالاهالي يبثون الدعاية لاستعمال هذا المصل ويطلبون تشكيل جمعيات لمكافحة الحصبة بهذه الواسطة ويتمنون ان تكون هذه الجمعيات تحت اشراف الحكومة لتعميم نفعه .

يستعمل نيقوله قونس هذا المصل كدواء شافي للمرضى بالحصبة وذلك في الحالات الوخيمة وفي احتمال حصول الاختلاطات المرضية المهلكة .

ان استعمال أحد الاصولين الواقي والشافي يكفلان خلاص حياة الكثيرين من مخالب الموت . ولن يمكننا الان ايجاد هكذا تشكيلات واسعة ولكن يمكننا بث الدعاية بتشجيع الاطباء والاهلين لتطبيق هذه الاصول المفيدة .

الاستاذ اوغوست فون واسرمان

(بمناسبة وفاته)

الدكتور توفيق رشدي

(معرب عن الالمانية)

تولد اوغوست فون واسرمان في ٢١ فبراير ١٨٨٦ في بامبرغ من صلب صير في البلاط الباڤاري (انجلو فون واسرمان) . وفي الخامسة والعشرين من عمره دخل متطوعا في معهد (كوخ) واشتغل بعد ذلك في قسم المعهد السريري المربوط الى مستشفى الشاريته فاحرز بعد عشر سنين مقام (مساعد) وصار رئيس الشعبة سنة ١٩٠٢ وفي ١٩١١ نصبته كلية برلين مدرسا فخريا وفي ١٩١٣ اسندت اليه مديرية (معهد القيصر ويلهلم للتداوي التجريبي) في برلين — دالم والذي حافظ عليها حتى مماته في ١٦ اذار ١٩٢٥ .

كان اوغوست واسرمان سعيدا في حياته ولم ينكبه حظه الا قليلا . ولقد دله الطالع الى مركز البحث البيولوجي مجهز بذكاء فطري وقاد . وكان ابوه ذو مال وافر لذلك نشأ من دون ان يعاني الم العوز . وهذا كان من اكبر المساعدين لنجاحه

لقد ارشده كوخ وئەرليغ الى طريق الصواب وشقق عقله بمبادئ الحادثات البولوجية العويصة حيث اينعت اثار طيبة . ان مقدرته الخاصة لكشف روابط جديدة من المعلومات الموجودة ما فتئت ان تحدث له مسائل جديدة كثيرا ما سعى لحلها بطريقة بسيطة . وكانت تجذبه المسائل العويصة دائما ولم يكن يكترث بالطفيفة منها حيث يوجد من يحلها سواه .

فاختباراته حول التعاملات المصلية المختلفة كتعامل الترسيب precipitation وتعامل التلاصق agglutination والمعافية الفاعلة في امراض الهيضة والخناق والكزاز الذين نشرهم منفردا اومع زملائه (بفايفر ، كيتازاتو ، ئەرليخ ، سيترون ، بريجر ، اوستيرتاخ) اوجدت اساسا مهما لكثير من المساعي الاختبارية .

وكان له ميل شديد لتطبيق المبادئ العلمية في الحياة العملية . وما كان يريد ان تقتصر مساعيه على العلم فقط بل كان يقصد ان يسهل كل عمل طبي يفيد البشر من دون ان يتوخى اي استفادة شخصية . فمساعيه حول (تفريق الزلازل) وامكان تفريق الدم الحيواني من الدم البشري تستند على هذه المقاصد .

اما الحادث الذي خلد ذكره اي التشخيص المصلي في داء الافرنج لم ياخذه عن (بورده وجينجو) كما سيدعي البعض بل استنبطه من المعلومات البيولوجية بطريقة مخصوصة .

لم يحرز اكتشاف طبي ما احرزه هذا من الصيت العظيم . وبالرغم مما تبين اخيرا عن عدم استناد هذا التعامل على اسس قوية لم يزل الواسطة الاخيرة والوحيدة لتشخيص داء الافرنج ولم ينقص من اهمية شئ . وكان قد شعر واسرمان بهذه قبل كل احد وهو ذلك الرجل الحساس الذي يعترف دائما بضعف المعلومات البشرية وعجزها .

كان واسرمان كسائر البشر يفشل بكثير من تحرياته وتجاربه ولكن كان ذو عزم قوي وثبات شديد لم يؤثر عليه اقاويل المعترضين ولاسخط الناقمين فالتشخيص المصلي للتدرن الذي اذاعه سنة ١٩٢٣ كان قد سبب اعتراضات شديدة اكثرها شخصية ولكن لم يقابل تلك الاعتراضات سوى بالمثابرة على سعية لانه كان قوي الايمان بنجاح قضيته .

واما مسئلة السرطان الذي كان قد تمكن من التقرب الى حلها بالتجارب الحيوانية فقضى السنين الاخيرة من حياته في السعي وراءها .

واما مسعاه في الحصانة الموضعية التي ينكرها عليه الفن الافرنسي شجعته الى اكمال سعي جديد ادى الى الجلاء عن عدة مسائل عويصة .

ومنذ سنين عديدة سعى مع Benda (رفيق ئەرليخ القديم) لكشف دواء ناجع لمعالجة داء الافرنج . ولكن لم ينشر ما اكتشفه لان تأثير ذلك لم يكن احسن من السالوارسان بكثير ولذا اختار السكوت لئلا يخيب راحة العالم باكتشاف قليل الاهمية .

كان يجتذبه السعي نحو حل المعضلات العلمية اكثر من التدريس وهو وان كان طلق اللسان ، فصيح البيان . وكان يجذب سامعيه بقدرة ساحرة توضح اصعب المسائل وتجعلها كالعوبة بسيطة .

لقد نهكت قواه تعب الحياة في السنين الاخيرة ولم يزر معهده منذ كانون الثاني ٩٢٤ وكان قد اعتراه مرض الكلي الذي اجبره الى ان يعتزل السعي . كان يؤمل ان يصلح صحته بالسياحات العديدة وكان شديد الشوق للرجوع الى سعيه القديم ولكن كان يظهر عليه اثار التعب والمرض بالرغم من اجتهاده لاخفاء ذلك وجه بالتظاهر بالصحة وقدرة الاشتغال .

لن يمكن تقدير الميزات الشخصية سوى بالاتصال الدائمي لم يكن واسرمان متكبرا او متعجرفا بل كان متواضعا وحليما وكان صديق صميما لمن يعتمد عليهم من تلاميذه وكانت صورته الصلبة الجامدة تخفي بطياتها قلب حساس ووجدان نقي وكانت روحه العالية وفكره الوقاد وطبائعه الذهبية تسير به في ساعاته العصيبة نحو التوفيق والنجاح .

ولقد فقد العلم بموت واسرمان كنزا ثمينا فاحدث بوفاته فراغا سيظل الى امد طويل .

مُقتَبَسات

عن مجلة مونيخ الطبية :

معالجة الزكام بواسطة

(يوديزان Iodisan)

من الصعب معالجة النزلة الانفية (الزكام) بدواء موضعى لان الدواء المضاد للتعفن الذي يدخل الانف يخرج منه بسرعة مع الافرازات المخاطية الكثيرة قبل ان تؤثر اثرها اللازم • واذا اصابت النزلة الجيوب الانفية المختلفة يصير من المستحيل حينئذ نفوذ المائع المضاد التعفن الى داخلها ولذلك يقترح الدكتور كارل فردريخ استعمال دواء داخليا يفرز من الغشاء المخاطي الانفي ويفعل كمضاد للتعفن • ويقول احسن دواء لذلك هو (الايود) • ولقد استعمل رزق محلول اليودور البوتاسيوم بنسبة ١ — ١٠ داخل العضل وشاهد تناقص المخاط وزوال الزكام بعد بضعة ساعات • ولكن كانت هذا الحقن موجعة ولذلك ترك استعمالها واستعمل مركبا جديدا من اليودور هو يوديزان Iodisan ويمكن رزقه تحت الجلد من دون اذى ووجع وهو موجود في الصيدليات بشكل امبول من محلول خمسة في المائة • يحقن من ذلك ١ — ٢ سانتيمترة مكعب •

عن مجلة مونيخ الطبية :

معالجة التهاب الشعب Bronchitis

بزرق الاثير •

منذ سنتين جرب الاستاذ (اوجن ريس) معالجة التهاب الشعب الرئوية التي تحصل من اعطاء الاثير لاجراء الخدر العمومى وذلك يحقن مزيج من الاثير وزيت الزيتون بمقدار متساو ويضيف الى ذلك السقو بولامين بنسبة ١ — ١٠٠ تامينا للتخدير الموضعي لان الحقن مؤلم للغاية • تحقن هذه المادة داخل العضل كل يوم وقد استعمل هذا الحقن الى جميع المرضاء الذين يستنشقون الاثير الى درجة الخدر العمومي • ولم يحصل في مدة استعمال هذا الدواء سوى حادثتين من التهاب الشعب عولجا بهذه الطريقة وانتجتا الى حصول ذات الرئة المهلكة • وبجميع الاحوال كانت تزول اعراض التهاب الشعب بعد حقن هذا الدواء ويشفى المريض والكاتب يرتاي استعمال هذه المادة في جميع حوادث التهاب الشعب الحادة مهما كان سببها ، ويدعي انها تحصل على شفاء المرض في ثمانين بالمائة من الحالات وذلك بمدة قصيرة •

عن مجلة مونيخ الطبية :

لوبلين Lobelin

من اهم ما يحدث اثناء العمليات الجراحية التي تجرى تحت الخدر العومى هو توقف التنفس الانى • كثرت الوسائط التي اشير باستعمالها في هذه الحالة ومن جملة ذلك ما اشار به (كورت هيمل) باستعمال لوبلين Lobelin وهي المادة المؤثرة التي تستحصل من نبات Lobelia inflata وحسب دعواه ن لهذه المادة تاثيرا خاص في تنبيه مركز التنفيس (في البصلة الشوكية) ويعطى بمقدار (٠٫٠٠٢—٠٫٠٠٤) مليغرامي الى اربعة مليمغرامات بالزرق داخل العضلات وفي الاحوال المستعجلة يمكن اعطائه داخل الوريد •

وحينئذ تبتدئ الحركات التنفسيه بسرعة وبصورة منتظمة • يمكن الحصول عَلَى هذا الدواء من الصيدليات بشكل انابيب بمقدار ١ — ٤ مليغرامات • ويشير باستعماله في الاحوال الاخرى التي تؤدي الى توقف التنفس • كالصدمة العصبية وافات البصلة التي تؤدي الى فلج مركز التنفس •

عن مجلة مونيخ الطبية :

معالجة الحمرة Eryspel

يرتاي الدكتور (اتيل) اعطاء الوصفة الاتية في معالجة الحمرة

Carbonate d'ammoniaque 5	gram.
Liqeur ammoniacal anisé 5	gram.
Eau	200gram.
Sirap simple	020gram.

يؤخذ منهما كل ساعة بمقدار معلقة طعام وبعد اعطاء هذا الدواء بمدة وجيزة يتوقف امتداد الحمرة وفي اليوم الثاني تهبط الحرارة الي الدرجة الطبيعية • ولقد جرب كاتب المقال اعطاء هذا الدواء في الانتانات الاخرى التي تحصل من الستر يتوفوق كالتهاب الاوعية اللنفاوية Lymphangitis والخراجات وفي الانتانات النفاسية والتسممات الدموية التي تحصل من تاثير الستر يتوفوق عَلَى نجاح باهر •

طريقة جديدة لتداوي القروح المستعصية

ان المعالجة البسيطة للقروح بواسطة الادوية المضادة للتعفن لم تسفر دائما عن نتائج حسنة لعدم نفوذها الى اعماق الانسجة فهي تتلف الجراثيم السطحية فقط واما الجراثيم العميقة فيمكن هلاكها بما للجسم من الوسائط الدفاعية التي تكون كافية في اغلب الحالات لاكتساح الجراثيم المرضية الاعتيادية ولكن في القروح الدرنية والافرنجية والتي تتكون في بعض امراض البلاد الحارة لم تكن قوة الجسم الدفاعية كافية للتغلب عَلَى العامل المرضى فيها ولذلك يتأخر ويصعب شفاؤها وقد اجتهد منشئ هذا المقال الى كشف مادة دافعة للعفونة قوية تتمكن من اتلاف الجراثيم المرضية وفكر بان يستعمل لهذا الغرض دوائين مختلفين يتحللان في الجسم ليكونا دواءً ثالثا في الانسجة يقوم باتلاف الجراثيم المذكورة ولا يخفى ان المواد الكيماوية وهي في حالة التكوين لها اعظم تأثير عَلَى المواد الاخرى ولاسيما الجراثيم •

وعليه فانه استخدم لهذا الغرض يودور الصوديوم فاعطاه للمريض عن طريق القناة الهضمية حيث يدخل الدورة الدموية بالامتصاص فيبلغ موضع القرحة وحينئذ تعالج القرحة موضعيا بفوق اوكسيد الايدروجين وعندما يتفاعل يودور الصوديوم الذي بلغ موضع القرحة عن طريق الدم • مع فوق اوكسيد الايدروجين الذي وضع عَلَى القرحة من الخارج يتحللان منتجان مادة اليود التي هي في حالة التكوين وتنفذ في اعماق الانسجة لاتلاف الجراثيم المرضية • ويحسن اضافة قليل من احد الحوامض ذلك لان فوق اوكسيد الايدروجين يكون وهو في محلول الحامض اقوى واحسن تأثيرا ويرجح هنا استعمال حامض الخليك •

كيفية استعمال الدواء : — يعطى يودور الصوديوم داخلا ثلاث مرات في اليوم بمقدار ١٥ حبة او جرام واحد لكل مرة • واذا كانت القرحة سطحية فيوضع

عليها قطعة صغيرة من القطن ويسكب عليها فوق اوكسيد الايدروجين متواصلا وفوق اوكسيد الايدروجين يستعمل مذابا في الماء بنسبة ١—٣ في المئة ومضافا اليه ١—٤ في المئة من حامض الخليك ويستمر في سكب المزيج المذكور طول النهار . ويؤخذ يودوز الصوديوم مرة في كل ثلاث ساعات وينبغي الكف عن سكب فوق اوكسيد الايدروجين بعد مرور ثلاث ساعات من اخذ آخر جرعة من يودور الصوديوم .

واذا كانت القروح عميقة يجب فتحها بعملية جراحية ليتسنى تماس العلاج مع جميع سطوحها ويمكن تطبيق هذا العلاج في مداواة قروح الانف والبلعوم فيوضع فيهما قطن مندى ويسكب عليه من محلول فوق اوكسيد الايدروجين كما في القروح الخارجية ولقد عولجت بهذه الطريقة قروح درنية وافرنجيـة وقروح عفنة وكانت النتيجة حسنة للغاية .

تداوي الكزاز بكبريتات المغنيسيوم

ان اول من اوصى باستعمال كبريتات المغنيسـيوم في تداوي الكزاز هو ملتسهر في عام ١٩٠٦

ويمكن اعطاء كبريتات المغنيسيوم بزرقة تحت الجلد او داخل الوريد اوالقناة الشوكية واسلم هذه الطرق عاقبة هو بزرقة تحت الجلد .

ويلجأ الى تطبيق العلاج عن طريق الوريد او القناة الشوكية حينما يكون الانتان شديدا وتكون هناك ضرورة لتسريع تأثير الدواء .

وكبريتات المغنيسيوم يستعمل محلولا بنسبة ٦ في المائة ويكون محلوله بنسبة ٢— ٣ في المائة اذا اريد زرقه داخل الوريد فيحقن منه داخل الوريد قدر سانتيمترة مكعب في كل دقيقة الى ان يشاهد ارتخاء تام في العضلات المتشنجة . واذا اعطى العلاج عن طريق القناة الشوكية يظهر تأثيره في ارخاء العضلات المتشنجة بعد اعطائه بساعة و يستمر ٢٤ — ٣٠ ساعة ومقدار العلاج الذي يعطى عن هذا الطريق هو في الزرقة الاولى سانتيمترة مكعب واحد عن كل عشر كيلو جرامات من وزن بدن المصاب وفي الزرقة الثانية يكون مقدار العلاج ٨ سانتيمترات مكعبة .

ملتسهر يوصي الطريقة التالية :

١ :— استخدام الزرقات تحت الجلد مرة في كل ستة ساعات في الاحوال المعتادة .

٢ :— اذا كان المرض شديدا يزرق العـلاج داخل القناة الشوكية ضافة الى ماسبق .

٣ :— يزرق داخل الوريد اذا كان المرض وخيما

٤ :— وعند عدم امكان زرق العلاج داخل الوريد او القناة الشوكية يزرق داخل العضلات .

ومع استعمال كبريتات المغنيسيوم يجب ان لا يهمل استعمال المصل الخاص بالكزاز فيزرق منه للكهل مايساوى ٢٠٠٠٠ واحدة كل يوم . وقد ذكر الكاتب ثماني حالات عولجت بهذه الطريقة وشفيت كلها شفاء" تاما .

البلهارزيا

المحاضرة التى القاها حضرة الدكتور افلاطون في مدرسة البصرة الثانوية .

ايها السادة

ان موضوعنا اليوم لمن اهم المواضيع الحيوية لهذا الداء من الانتشار الغريب بين ظهرانينا لا سيما بين تلامذة المدارس لقد انتهزت هذه الفرصة لاعرض على مسامعكم اسبابه وعوارضه ووسائط التحفظ منه وسلوك الطرق الفعالة الحديثة لمعالجته .

الاسباب

لا يمر يوم واحد الا وياتي الي اناس يشتكون من نزول الدماء عند التبول لا سيما في الاطوار الاخيرة من المرض وان هذا العدو الذي يعذب الاطفال والتلامذة هذا العذاب الاليم فينهك قواهم و يجعلهم عرضة لامراض متوالية هو ديدان صغيرة في الدم واذا باضت هـذه الديدان وتراكمت هذه البويضات المار ذكرها حسب العضو الذي تتراكم فيه . اما الدودة فقد اكتشفها بلهارز الالماني سنة ١٨٥١ حينما كان يبحث ويدرس اسباب هذا الداء وهو في مصر وهو اول من وصف الدودة واظهر العلاقة بينها وبين قطرات الدم التي تسقط عند البول

وصف الدودة

اما الدودة فقد اكتشفها اخيرا بوفور في الحلزونات الساكنة في المياه الراكدة وتختلف هذه الدودة عن سائر الديدان في جسم الانسان بكونها ذكرا وانثى كل منهما على حدته اما الديدان الاخرى فانها تحوي اعضاء التناسل للذكر والانثى بجسم واحد فالتلقيح منه وفيه اما النهاية الامامية من الجسم فسطحة وتحتوي على ماصيتين ومن هذه الماصة تنفلج جدران البطن وتلتف اطراف هذه الجدران فتحصل بينها قناة طويلة تمتد الى النهاية السفلي من طول جسم الدودة وفي هذه القناة تسكن الدودة الانثى ولهذا السبب سموها القناة الانثية وظهر هذا الحيوان مدرع باشواك كظهر القنفذ وهذه الاشواك تساعد الحيوان ولا شك في هجرته داخل جدران الاوردة وهي التي تسمح له ان يرتكز عليها في جدران الاوعية وان يصعد في داخل الاوردة بدون ان يدفع مع تيار الدورة الدموية . والانثى دقيقة جدا كانها شعرة وربما كانت ادق من خيط الحرير فلذلك يصعب رؤيتها في دم الانسان ومن اطوار هذا الحيوان الطفلي (لانه يتغـذى من دم الانسان) ان الانـثى تبيض كل يوم عدد الا يحصى من البيض .

وصف البيضة

اما البيضة التي تبيضها هذه الدودة فمستطيلة الشكل وفي احدى قطبيها نتوء حاد وقد يكون هـذا النتوء في جانب البيضة وسنرى فيما بعد ان هذه البويضات هي سبب جميع اعراض داء البلهارزيا . واذا وضعت البيضة في نقطة ماء يمكننا ان نشاهد الجنين الذي كان ساكنا في بطن البيضة اخذ يتحرك حركات قوية تحت المجهر ويضطرب اضطرابا شديدا واخيرا يفقس البيضه ويعوم في الماء وكان من المقرر عند علماء الطفيليات ان هـذا الجنين لا بد من ان يعيش في جسم حيوان اخر قبل دخوله جسم الانسان ولكن كان هذا الحيوان مجهولا حتى اكتشفه اخيرا عالم انكليزي في الحلزونات كما ذكرنا آنفا

حياة الحيوان

يدخل الحيوان او الجنين نفسه بدن الانسان بواسطة شرب الماء الملوث وثانيا بواسطة السبح في المياه الراكدة كما في المدينة فيدخل الدم ويمر في فروع الوريد البابي ويتغذى فيه من الدم . ومتى وصل الى الجزع العمومي

من الوريد البابي بدأ الذكر يبحث عن الانثى ويتزوج بها وبما انها صارت حيوانات دموية بحيث ان البيض لايجد له سبيلا الى الخروج من الجسم لانه صار سجينا في الدورة الدموية . تتحرى الديدان عضو يتسنى للبيض الخروج منه فيحتضن الذكر انثاه و يصعد بها مع التيار الدموي وبفضل مصاصات الحيوان يمكنه ان يلتصق بشدة في جدران الوريد فلا يندفع مع الدم ويقاومه حتى اذا دخل قناة وريدية وجدها اصغر من ان يتقدم فيها فتترك الانثى الذكر اذ ذاك وتندفع الى اوردة صغيرة جدا وهناك تضع بيضها فيقطع هذا البيض جدران الوريد بواسطة نتوئه الحاد المذكور انفا ويخرج في الغشاء المخطي فيمزقه فيتسع الغشاء من جراء ذلك حتى يبلغ ثلاثة امثال ضخامته العادية وتتحول هذه الاورام السلمية احيانا الى اورام سرطانية خبيثة وتحصل هذه الحالة في المستقيم ايضا حتى يظنه الاطباء نوسا من البواسير لشدة شبهه به .

حدوده الجغرافية

يوجد هذا الداء بوفور في امريكا واسيا وافريقيا لاسيما مصر والعراق واليابان والكنغو اما في العراق فقد انتشر في سواحل الفرات لا سيما في القسم الاسفل منه كالبصرة والشطرة والسماوة والنجف وكربلا والمحمودية وهو قليل الحصول في الموصل وبغداد و يكثر في مياه النهور .

عوارضه السريرية

في اول ادوار المرض تظهر تهيجات في المثانة فيحس المريض بعدم الارتياح عند البول وتظهر مادة بيضاء في نهايته ثم تاخذ هذه بالاحمرار حتى تبرز قطرات الدم فيزداد الداء بطئا وتزداد العوارض شدة الى ان يصبح البول محمر اللون مملوء بالدم ولكن الالام خفيفة الوطئة فلا يشعر بها الكثيرون في دوره الاول اما العوارض الثانوية فكثيرة اهمها فقر الدم والتهاب المثانة وحصول الحياة والسرطان فيها احيانا .

المعالجة

ان اهم الامور لساكني هذا القطر لا سيما لتلامذة المدارس الذين لا يزالون في عنفوان شبابهم هو التحفظ من هذا الداء العضال فعلى سبيل النصيحة ايها الاخوان اقول لكم :—

اولا — لا تشربوا الماء مباشرة من الابار او المدة او غير ذلك الا بعد تعقيمها من هذه الديدان بواسطة الكلورين كما هي الحالة في مياه الانابيب .

ثانيا — لا تستحموا البتة في مياه راكدة كمياه المدة .

ثالثا — استشيروا الطبيب حالا عند ظهور اي عارض غير طبيعي في الادرار .

رابعا — بلغوا هذه النصائح الى كل من تتمكنون من الوصول اليه .

اما معالجة هذا الداء والحمد لله فقد اخذت طورا جديدا عند اكتشاف الدواء الناجع المعروف بملح الانتيمون و يؤخذ هذا الدواء بتلقيح الوريد و يشفي المريض اذا عولج في اول دور المرض بعد زرق لا يقل عن عشرين زرقة ولقد لاحظت شخصيا ما لهذا الداء الناجع من التأثير السريع والسر العظيم في شفاء المبتلين ويجب ان يداوم المريض على المعالجة ولو انه يحس قد شفي بتاتا هذا واني لاشكر سعادة صديقي الفاضل طالب افندي مشتاق على اقتراحه في القاء هذه المحاضرة واشكركم على حضوركم في هذه الجلسة لمعاضدتنا في استئصال هذا الداء الذي لا زال يفتك فتكا ذريعا بين ظهرانينا .

الدكتور افلاطون

التقرير الشهري لادارة صحة العاصمة لشهر مايس ١٩٢٥

عدد الولادات التي تسجلت في غضون الشهر

	الذكور	الاناث	المجموع	عدد الولادات لشهر نيسان ١٩٢٥	عدد الولادات لشهر مايس ١٩٢٤
جانب الرصافة	٢٢١	١٧١	٣٩٣	٢٥٣	٣٣٠
» الكرخ	٦١	٤٦	١٠٧	٩٢	٨٣
المجموع	٢٨٢	٢١٧	٤٩٩	٤٤٠	٤٠٣

عدد الوفيات التي تسجلت في غضون الشهر

	الذكور	الاناث	المجموع	عدد الوفيات لشهر نيسان ١٩٢٥	عدد الوفيات لشهر مايس ١٩٢٤
جانب الرصافة	٢١٧	١٧٦	٣٩٣	٢٦٢	٣٨٨
» الكرخ	٦٥	٧٦	١٤١	١٠١	١٦٨
المجموع	٢٨٢	٢٥٢	٥٣٤	٣٦٣	٥٥٦

معدل الولادات

عدد الاهالي	الولادات المسجلة في غضون الشهر	الولادات المسجلة بالالف سنويا
الرصافة ٢٠٠٠٠٠	٣٩٢	٢٣ر٥
الكرخ ٥٠٠٠٠	١٠٧	٢٥ر٦
المجموع ٢٥٠٠٠٠	٤٩٩	٢٣ر٩

عدد الاهالي	الوفيات المسجلة في غضون الشهر	الوفيات المسجلة بالالف سنويا
الرصافة ٢٠٠٠٠٠	٣٩٣	٢٣ر٦
الكرخ ٥٠٠٠٠	١٤١	٣٣ر٨
المجموع ٢٥٠٠٠٠	٥٣٤	٣٥ر٦

الوفيات بمعدل الاعمار

	٠-١	١-٥	٥-١٠	١٠-٢٠	٢٠-٣٠	٣٠-٤٠	٤٠-٥٠	٥٠-٦٠	٦٠ الى مافوق	المجموع
الرصافة	١٢٨	١٠٦	٧	١٢	٢٠	٢٢	٢٠	٩	٢٩	٣٩٣

الكرخ	٥٢	٣٦	١	٣	١٢	٧	٥	٢	٢٣	١٤١
المجموع	١٨٠	١٤٢	٨	١٥	٣٢	٣٩	٢٥	١١	٩٢	٥٣٤

الوفيات من الامراض السارية

بسبب الوفاة	جانب الرصافة	صوب الكرخ	المجموع
داء السل	٣٧	٢٣	٦٠
الزحير	٢	—	٢
السرطان	٣	—	٢
الخناق	٢	—	٢
الحصبة	٣	١	٤
التيفوئيذ	١	—	١

الامراض السارية فى غضون الشهر

الطاعون — ٤ اصابات — ١ في السجن الملكي فى باب المعظم — ١ فى السجن الملكى في القلعة ١ خانلاوند— وواحد في الفلاحات صوب الكرخ ٠

السل ٢٩ اصابة — الحصبة— ٨ — الزحير ٧ — داء الحمرة ٥ — للتيفوئيذ ٥ — الحصبة ٤ — التهاب النكفة ٤ — البلهارزيا ٣ — الجدام ٢ — الخناق ١ — الجدري ١ —- ١ — الجرب ١ —

الاصابات التي وردت من خارج لواء بغداد ٠

البلهارزيا ٢٣ — السل ١١ — الجدام ١ — الملاريا ١ —

الطاعون

لقد حدث خلال هذا الشهر اربعة اصابات بالطاعون اثنان منها في السجن المركزي وواحدة في خانلاوند وواحدة في مستخدمى سكة الحديد ٠ ونظرا لانتهاء موسم الربيع فليس هنالك خطر عَلَى العاصمة من انتشار الطاعون لظهوره بصورة متأخرة جدا وذلك لعدم نمو البراغيث التي اهلكها البرد باكرا وقد طعمنا خلال الشهر ١٨٩ شخصا بمصل ضد الطاعون ولم نر حاجة لاجراء التطعيم الاجبارى ومما يستلفت نظر الدقة ان وقعتين من وقوعات الطاعون المارة الذكر قد ظهرت مثبتة في التحليل الباقتيريولوجي الا انها لم تعرض علائم الطاعون الحقيقي سريريا وعليه اخرجوا من المستشفى لعدم وجود حرارة فيهم ولعدم وجود اعراض اخرى تستلزم بقائهم في المستشفى ٠

٢ — وقد صنعت خلال الشهر داخل العاصمة في ٢٦ صيدلية ١٦٧١ وصفة من قبل ٧٢ طبيبا والواردات التي دخلت الصيدليات ١٠٢٩٢ ربية فيكون معدل كل وصفة تقريبا ٩ آنات و١٠ بايات ثلاثة اطباء حرروا اكثر من ٨٠٠ وصفة واربعة اطباء حرروا اكثر من ٥٠٠ وصفة واقل من ٨٠٠ والباقون حرروا اقل من ٥٠٠ وصفة ٠

٣ — ان درجة حرارة هذا الشهر كانت كما يلي :—

درجة الحرارة العليا	١٠٨،٠	في ٣١—٥—٢٥
« « الصغري	٨٨،٠	« ٢٣، ٢٤—٥—٢٥
« « الوسطى	٩٨،٣	
درجة البرودة العليا	٧٥،٠	في ١٥—٥—٢٥
« « الصغرى	٥٦،٢	« ٢٥—٥—٢٥
معدل الرطوبة	٣٢ بالمائة	
مجموع الامطار	٠،٠١	

اشغال الأمومة ومدارات الاطفال

ان الناظرة الانسة ايموس تبين ان عدد المرضى الذين عولجوا من قبل مرشدات الصحة كما يلي :—

الدهانة ٢٥١٤ — الحيدر خانة ٧٣٢ — باب الشيخ ١٣٢٣ — صوب الكرخ ١٣٤٣ — المجموع ٥٩١٢ الذي يقابل بمجموع ٤٤٥٧ في الشهر المنصرم — وادين ٨٥٩ زيادة للاطفال في بيوتهم وزرن ٢٠ مريضا ونقلن ٢٣ مريضا الى المستشفى ٠ القبالة — ان المسز بليس رئيسة القوابل ومعاونتها ادينا ١٢٨ زيادة للقوابل في بيوتهن ودعتنا عند ولادتين صعبة وحققتا عن وفيتين اثناء الولادة ونقل مريضتين الى المستشفى والقيتا اربعة دروس عَلَى القوابل في الدائرة ٠

اشغال المستوصف الزهري

ان طبيب المستوصف الزهري الدكتور اسماعيل الصفار يبين كما يلي «— قد اجرى الفحص الطبي خلال الشهر عَلَى ١٤٩ مومسة مع راقصة — ٤٣ منهن يكشف عليهن مرتين في الاسبوع و ٨١ مرة واحدة في الاسبوع و ٢١ قوادة مرة واحدة في كل اسبوعين و ٤ راقصات مرة واحدة في الشهر ٠ وكان عدد تطعيم السالفرسان ٢٥ — وقد ارسل اثناء الشهر الى مستشفى الاعتزال ٧ مريضات لاجل التداوي — وارسل ٨٥ صفحة للسيلان الى المختبر التحليلي لاجل الفحص الباقتيريولوجي فوجد ٣٣ منها مثبتة ٠

الامراض	الباقون من شهر نيسان	الاصابات الجديدة اثناء شهر مايس	المجموع	اللوائي شفين	الباقون في اواخر شهر مايس ١٩٢٥
السيلان	٤٣	٦	٤٨	١٢	٣٦
الزهري	١	٣	٤	٣	١
الزهري والسيلان	١	٣	٤	٣	١
المجموع	٤٤	١٢	٥٦	١٨	٣٨

التلقيح الاولى ضد الجدري

المركز	الملقحين	الفحص	النتائج عند اعادة الفحص (١)	(٢)	(٣)	غير ناجح	غير معاد
المنطقة الاولى	٢٠٧	٢٠٧	١٨	١٦١	١٧	١١	—
» الثانية	٢٨٥	٢٨٥	١٦	٢٤٨	—	٢١	—
» الثالثة	١٧١	١٦٨	٤١	٥٣	٤٩	٢٠	٣
» الرابعه	١٧٢	١٦٨	٦٧	٧٥	—	٢٦	٤
» الخامسة	١٦٦	١٥٩	٢٧	٤٤	٧٠	١٨	٧
مركز الحيدرخانة	١١٦	١١٦	٣٦	٧١	—	٩	—
» الدهانة	٣٤١	٣٢١	١٤٧	٩٩	٢٦	٤٩	٢٠
» باب الشيخ	١٩١	١٧١	١٤٧	١٧	—	٧	٢٠
» صوب الكرخ	١٤٧	١١٢	٣٢	٥٣	٤	٢٣	٣٥
ناظر التطعيم ومعاونه	٢٢١	—	—	—	—	—	٢٢١
الملحقين الخصوصيين	٣٨	٣٧	—	٣٢	٤	١	١
المجموع	٢٠٥٥	١٧٤٤	٥٣١	٨٥٣	١٧٠	١٨٥	٣١١

وقد طعم خلال الشهر ١٨٩ شخصا ضد الطاعون وذلك بمناسبة حدوث بضعة اصابات طاعون —

اشغال صيدليات امانة العاصمة

	الدهانة	صوب الكرخ	مجموع شهر مايس ١٩٢٥	مجموع شهر مايس ١٧٢٤
المرض الجديد الذين عولجو	٣١٥٠	١٥٢٩	٤٦٧٩	٤٢١٠
» القديمين » »	١٤٨٣	٢١٣٥	٣٦١٨	١٦٦٣
المجموع	٤٦٣٣	٣٦٦٤	٨٨٩٧	٥٨٨٢

ان الاصابات الجديدة كانت كمايلي —

مرض العيون	١٠٢١	٤٤٢	١٤٦٣	١٢٠١
الملاريا	٤٥١	١٩	٤٧٠	١٧٠
السل	٤٠	١١	٥١	١٥٦
الزهري	٢٤	٤	٢٨	٥٩

السيلان	٣٦	٧	٤٣	٥٠
امراض تنفسية	١٤٧	٢٤٥	٣٩٢	٤٦٠
مرض القلب	٤٢	٢٢	٦٤	٦٦
الامراض الامعائية	٤٥٤	٢٣٢	٦٨٦	٤٣٠
» الولادية	١٢٦	٩	١٢٥	٢٥
» البولية	٤٢	١٥	٥٧	٧٥
» الكبدية	١	١٤	١٥	٢٨
» العصبية	٢٤٣	٢٣	٢٦٦	٨٦
اصابات طفيفة اخرى	١٦٥	١٦٠	٣٢٥	٣٧٤
امراض متفرقة	٣٥	٣١	٦٧٥	١٠٧٩

تقرير مراكز معالجة العيون

المركز	اصابات جديدة	المداوون	مجموع شهر مايس ٩٢٥	مجموع الشهر مايس ٩٢٤
الحيدرخانة	٤١٨	٢٨٠٦	٣٢٢٤	٥١٥٨
الدهانة	١٠٢١	٨١٩٥	٩٢١٦	١١٧٧٨
باب الشيخ	٧٣٥	٣٣٣٥	٤٠٧٠	٣٠٠٨
صوب الكرخ	٤٤٢	٢٠٤٠	٢٤٨٣	١٠٠٨
المجموع	٢٥١٦	١٦٣٧٧	١٨٠٩٣	٢١٨٥٢

المركز	الرجال	النساء	الاطفال	المحمدين	الموسوين	المسيحين
الحيدرخانة	٥٧	١٥٨	٢٠٣	٣٦٨	٥٠	—
الدهانة	١٤٩	٣٨٠	٥٠٢	٥٨٥	٢٧٥	٩١
باب الشيخ	٩٢	٤٠٩	٢٣٤	٦١٨	١٥	١٠٢
صوب الكرخ	١٢٧	١٥٦	١٥٩	٤٤٢	—	—
المجموع	٤٢٥	١٠٩٣	١٠٩٨	٢٠١٣	٤٤٠	١٦٣

تقرير مستوصف الرسالة الفنسية في العاصمة .

المجموع	١٩٤	١٧١

تجهيز الماء في غضون الشهر .

جهز تقريبا ٦٩ مليون جالون من الماء الى الاهالي في غضون الشهر اي ٩ جالونات لكل نسمة يوميا و٢٧٠ جالون

شهريا ·

تحليل ماء النهر الغير المطهر :

لقد حلل ماء النهر الغير المطهر ووجد جسيمات عضوية في ١ — ١٠ و ١ — ١٠٠ ومجموع الجسيمات التى عثر عليها كانت ١٥٧٧٠٠ الذي يقابل بمجموع ٢٠٢٤٠٠ في الشهر المنصرم ·

تحليل ماء النهر المطهر بالقلورين :

لقد حلل ٢٨ انموذجا من الماء المطهر بالقلورين في غضون الشهر وعثر على جسيات عضوية في ٠١ س م في انموذج واحد فقط ولم يعثر على اي جرثومة ما سوى ذلك بتاتا — ومجموع الجسيمات التي وجدت في س م واحد زادت الى ٥٤ — وعدد الجسيمات علي وجه المعدل في س م واحد كانت ٨٥ ، ٢٥ التي تقابل ٩ ، ٢٥ في الشهر المنصرم ·

تقرير ضابط الصحة فى العاصمة

عدد التحريات

الخبازين	١٠٦٥	الحلاقين	٠٧٣٣	القصابين	١٧٧٨
الحمامات	٠٢٠١	المقاهي	١٨٦٠	مضارب الخيام	١٢٠٣
دكاكين السمك	٠٤٤٥	الدور	٠٤٢٤	بياعي المخضرات والفواكه	١٥٧٩
الفنادق	٠٣٠١	الدوارين	١٧٤٣	معامل الثلج	٠٠٨١
المبولات العمومية	٠٣٢١	المغاسل	٠٤٩١	محلات الحليب	٠١٩١
المطاعم	١٣٨٧	المجازر	٠٠٩٣	معامل الحلويات	٠٩٨٠
المدارس	٠٢٦٤	الاصطبلات	٠٣٧٥	« الصودة	٠٤٨١

تقرير مفتش صحة الميناء

البواخر التي وردت الى ميناء بغداد : — لقد اجرى الكشف في غضون الشهر على ١٥ باخرة مع ١٠١٣ راكب فلم نعثر على اي اصابة من الامراض السارية بين ركاب هذه البواخر ·

البواخر التي خرجت من ميناء بغداد : — لقد اجري الكشف اثناء الشهر على ١٧ باخرة مع ٢٦٥٧ راكب فلم نعثر على اي اصابة من الامراض السارية بين ركاب هذه البواخر ·

التطهيرات — الغرف المطهرة ١٧٣ — القطع المطهرة ٦٥٤ — الترامات المطهرة ٤٢

محلول مطهر الماء الذي جهز الى معامل الصوده والثلج الخ · — ١٥١ قارورة ·

عدد الجثث التي نقلت الى النجف الاشرف و كربلاء الخ ٥٤ ·

الحيوانات التي ذبحت	جانب الرصافة	صوب الكرخ	المجموع
البقر	٠٠٩٢١	٠١٧٥	٠١٠٧٦
الغنم	٢٧٩٤٣	٦٧٠٠	٣٥٦٤٣
الاباعر	٠٠٠٠١		

تقرير اصطياد الجردان

الطعامات التي وضعت في المدينة	الطعامات الناجحة	المنازل التى وضعت فيها المصيدات	عدد المصيدات التى وضعت	الجرد المصطاد بمصيداتنا
٣٠٠٦٠	١٠٣١٣	٣٥٠٠٠	٦٠٣٦	٢٤٥

العدد الوارد من الخارج	العدد الذي كشف عليه	العدد الذي ارسل للفحص	الجرد المصاب بالطاعون	معدل الجرد المصطاد في ١٠٠ مصيدة
١٥٤	٣٩٩	٢	١	٤.٠

فحص المياه المعدنية — لقد ارسل ١٣ انموذجا من المياه المعدنية في غضون الشهر الي المختبر التحليلي لاجل الفحص الباقتيريولوجي وجميعها وجدت ملائمة للشرب ·

المحاكمات — لقد تحوكم خلال الشهر امام محكمة امانة العاصمة ٣٢٤ شخصا لاجرام صحية مختلفة وبلغ مجموع الغرامات ٢ — ١٨١٨ ربية

تقرير ناظر التنظيفات فى بغداد

تنظيف الطرق — تقريبا ٣١٠٠ من احمال العربات و ٢٢٧٥٠ من احمال الحمير من زبل البيوت والطرق نقلت الى المزابل فى غضون الشهر ·

تنظيف المراحيض : تقريبا ١٥٣ حمل من احمال العربات نقلت الى المزابل للدفن ·

نقل الدم — تقريبا ٢٧٥ حمل من احمال العربات نقلت من المجازر العمومية الى المزابل للدفن ·

الحيوانات التى دفنت — لقد دفن ٦١٦ جثة من الحيوانات وهذه تحتوي على خيل وبغل وحمير وغنم وكلاب ·

الطعامات التى اتلفت — اتلف في غضون الشهر ٥٢٦ كيلو من الفواكه والمخضرات و ٢١٨ كيلو من اللحم وزبالة الذبحية و ٣ جثث لحم غنم و ١٣ كيلو من السمك ·

التقرير الشهرى للواء بغداد

الكاظمية — الولادات ٦٠ والوفيات ٣٦ — وقد حدث اصابة واحدة من الطاعون وواحدة من الحصبة وواحدة من السل وواحدة من الحمى الدماغية — وقد لقح ٦٣ طفلا ضد الجدري ·

الاعظمية — الولادات ٢٠ والوفيات ٢٠ — وقد لقح ١٥ طفلا ضد الجدري ·

بلد — الولادات ٩ والوفيات ٥ — وقد لقح ٧ اطفال ضد الجدري

الكرادة — الولادات ١٨ والوفيات ١٦ — وقد حدث اصابة من التيفوئيد في العلوية واصابة واحدة من الجدام

وواحدة من الزحير في الهنيدي ·

سامراء — اصابة واحدة من الطاعون ·

وقد لقح ١٧٨ طفلا ضد الجدري من قبل الملقحين الخصوصيين ·

مدير صحة العاصمه

خلاصة وقائع الامراض السارية

في العراق لشهر حزيران ٩٢٥

عن الجداول الاسبوعية

لمديرية الصحة العامة

المرض	المحل	عدد الاصابات	الوفيات
الجدري:	العارة	٢	—
	الحمار (لواء المنتفك)	٥	١
	الزرباطية (لواء الكوت)	٢	١
	جصان	٧	١
	شهربان	٢	—
	بعقوبة	١	١
	بصرة	٢	١
	بغداد	١	١
	رحه (لواء المنتفك)	٢٠	١٠
	علي الغربي	٣	٢
الطاعون	بغداد	٨	—
	الكاظمية	١	—
	سامرا	١	١
التهاب السحايا:	الكاظمية	١	—
الدماغي الشوكى:	بغداد	٢	١
الحمى القرمزية :	خانقين	٤	—
	بلد	١	—

المرض	المحل	عدد الاصابات	الوفيات
الحمى التيفوئيدية	: كركوك	١	—
	بغداد	١١	١
	الكوفة	١	—
	العارة	١	—
	انساوة	١	—
	الصقلاوية	١	—
	الموصل	٢	—
	النجف	٣	١
	الهندية	٢	—
	دبوانية	١	—
	اربيل	٢	—
الكزاز	الكوت	١	—
	الحلة	٢	—
الجذام :	بعقوبة	١	—
	البصرة	٢	—
	العارة	٢	—
	قلعة صالح	٢	—

المرض	المحل	عدد الاصابات	الوفيات
السل الرئوى :	الديوانية	١	—
	بغداد	٣	—
	الرمادي	١	—
	الفلوجة	١	—
	كركوك	٣	—
	العارة	٥	—
	اربيل	٢	—
	الموصل	٨	٨
	خانقين	٣	—
	مندلي	١	—
	كربلا	٨	٢
	النجف	٢	—
	البصرة	٩	٢
	الحلة	٥	—
	الناصرية	١٠	١
	الرمادي	٣	—
	الكوت	٣	—
	الديوانية	٥	—

المرض	المحل	عدد الاصابات	الوفيات
الحصبة:	بغداد	٤٤	٢
	السماوة	٨	—
	الشامية	٢	—
	ديالى	٢	١
	الصيرة	٢	—
	بعقوبة	١	—
	الفلاحية	١	—
	كاظمية	٢	—
	فلوجة	١	—
	الدواية (لواء المنتفك)	١٠٠	٨
	العارة	٣	..
	بغداد	١٩	١٠
	الكاظمية	٢	—
	التون كوبري	١	—
داء النكفة	بغداد	٤	—
	العارة	٢	—
	الحلة	٥	—
	الناصرية	٣	—
	الموصل	٣	—

خلاصة اعمال المستشفيات

المختلفة في العراق

لشهر نيسان ٩٢٥

عن التقرير الشهري لمديرية الصحة العامة

المؤسسات	المرضى الذين دخلوا المستشفى	المرضى الذين يعالجون خارج المستشفى		
		اصابات جديدة	مجموع الاصابات	امراض العيون
لواء بغداد				
المستشفى الملكي	٣٠٩	٢٣٥٩	٨٨١٢	٤٢٢
مستشفى التجرد الملكي	٥٨	—	—	—
دائرة طبابة العيون	—	١٠٥٤	١١٠٥٥	١٠٥٤
المستشفى الملكي في الكاظمين	١٠	٦٩١	٢٧٤٩	٦١
المستوصف الملكي في المعظم	—	٧٩٤	٢٢٨٠	٣٣٥
المستشفى الملكي في سامرا	٩	٣٩٤	١٠٠٦	٤٠
المستوصف الملكي في بلد	—	٧٢	١٨٥	١٠
المستوصف الملكي في المحمودية	—	٣٠٤	٦٥٢	٥٢
المختبر المركزي	مجموع عدد النموذجات التي فحصت :— ٧٨٠			
معهد داء الكلب	مجموع عدد المرضى الذين عولجوا :— ١٨			
معهد اشعة رونتكن	مجموع عدد المراجعين :— ١٣٠ كما مبين ادناه			
	المداواة باشعة رونتكن :— ٢٠			
	الاستكشاف الشعاعي والرسم :— ١١٠			
لواء البصرة				
مستشفى تذكار مود	١٧٧	١٢٩٤	٢٣٦٠	١١٥
مستشفى التجريد الملكي	١٥	—	—	—
المستوصف الملكي في العشار	—	٦١٧	١٠٥٤	٤٣
المستوصف الملكي في ماركيل	—	٤٩٩	١٠٦٣	٦٣

المؤسسات	المرضى الذين دخلوا المستشفى	المرضى الذين يعالجون خارج المستشفى		
		اصابات جديدة	مجموع الاصابات	امراض العيون
المستوصف الملكي في الزبير	—	٨٦٨	١٢٨٢	٢٦٦
المستشفى الملكي في القورنة	١٠	٥٩٢	١٣٠٨	٦٨
المستوصف الملكي في ابي الخصيب	—	٣٥٣	٧٢٣	٢٥
المستوصف الملكي في الفاو	—	١٩٥	٣٥٧	١٩
لواء الدليم				
المستوصف الملكي في الرمادي	—	١٠٨٢	١٤٤٠	١٣٧
المستوصف الملكي في عنه	٤	٤	٤	٤
الحديثة والكبيسة وهيت والفلوجة	—	٢٣٨	٢٢٨	٥٧
لواء الحلة				
المستشفى الملكي	٢٠	٦٣٥	٣٠١	٢٥
المستشفى الملكي في المسيب	—	٢٣٦	٥٧٣	٢٢
المستوصف الملكي في السدة الهندية	٢	١٠٤	٤١٢	٦
طويريج	—	—	—	—
لواء كربلا				
المستشفى الملكي	٢٦	٢٧٥	١٠٧٧	٣١
المستشفى الملكي في النجف	١٦	٣٧١	١٩٦٨	٢١
المستوصف الملكي في الكوفة	—	٢٠٨	٥٥٦	٣
لواء كركوك				
المستشفى الملكي	٢٢	٦٧٨	٢٢٩٣	٨٤
المستوصف الملكي في كفري	—	٢٤٣	٦١٢	٢١
المستوصف الملكي في التون كوبري	٤	٤	٤	٤
المستوصف البلدي في قره تبة	—	٣٨١	٧٠٢	٥٢
المستوصف البلدي في طاووق	—	٣٤٨	٥٩٦	٦٩
المستوصف البلدي في طوز خورماتو	—	١١٥	٣٦٦	٢٨

المؤسسات	المرضي الذين دخلوا المستشفي	المرضى الذين يعالجون خارج المستشفى: اصابات جديدة	مجموع الاصابات	امراض العيون
لواء العمارة				
المستشفى الملكي	٢٠	١٠٧٨	٢٢٥٥	١٥٩
المستوصف الملكي في قلعة صالح	–	٢ ٨	٤٣٣	١٨
لواء الديوانيه				
المستشفى الملكي	٢٧	٣٥٤	١٣٨٠	٢٣
المستوصف الملكي في الشامية	–	٢٩٢	٩٩٥	١١
المستوصف الملكي في ابو صخير	–	٤٦٦	١٣٧٦	٨٤
المستوصف الملكي في السماوة	١	١	١	١
لواء الديالى				
المستشفى الملكي في خانقين	٣٧	٥٠٩	٨٧١	٥١
المخفر الصحي في خانقين	١	٣١	٣١	٣
المستوصف الملكي في بعقوبة	–	١٨١	٨٢٣	٢٢
المستوصف الملكي في مندلي	–	٢٨٥	٤٢٧	٤٤
المستوصف الملكي في شهربان	–	٣٧	٥٠	٢

الشؤون

الجمعية الطبية البغدادية :

عقد اجتماع مايس للجمعية في حديقة المستشفى الملكي يوم الاربعاء الموافق ٢٧ مايس ٩٢٥ الساعة سادسة زوالية بعد الظهر وكان الطقس جميلا والربيع قد تجلى بازهاره العطرية واغصانه اليانعة وحلته الخضراء وحضر الاجتماع اربعة وعشرون عضوا وبعد تناول القهوة العربية افتتح الجلسة نائب الرئيس الدكتور سامي شوكت وقرأ كتابا من الدكتور شكري محمد يقترح فيه عدم ذكر اسماء المرضى المصابين ببعض الامراض السارية على وصفات الطبيب عملا بمبدأ كتم السر الطبي والاكتفاء بكتابة اسم المريض فقط دون التصريح بعنوانه الكامل فوافقت الهيئة الطبيه على ذلك ثم عقبه الدكتور حنا خياط وبحث في فروض الطبيب القانوني وقد نشرنا مقالة في صدر هذا العدد وختمت الجلسة حول الساعة السابعة ونصف زوالية بعد الظهر ·

الاطباء في بارلمان العراق

لقد سرت الهيئة الطبية العراقية بانتخاب الزميلين الفاضلين الدكتور سلمان غزاله عن لواء البصرة والدكتور فائق شاكر عن لواء الديوانية ولكن سرعان ما طرق سمعنا خبرا استقالة الدكتور فائق شاكر مرجحا خدمة البلاد خدمة فعليه ومسلكيه بصفة رئيس صحة لواء كربلا فاننا عظيم الامل ان يخلفه في هذا المقام الخطير طبيب آخر من فضلاء اطبائنا ليقوم بما يفرضه عليه واجب الوطني للدفاع عن الصحة العامة التي هي ولاريب بمثابة الاساس لبنيتنا القوى ·

الاثر الخالد للجنرال مود

طالعنا عددا كبيرا من الاقتراحات التي جادت بها افكار مفكري العاصمة حول هذا الموضوع ولا بد لهذه المجلة رأي خاص تعرضه على قرآها خدمة لامين المقصد ·

ان الاثر الخالد الذى يقصد به تمادي ذكري الفقيد الجنرال مود لا بد له من ان يكون اثرا خيريا تستفيد منه الهيئة الاجتماعية برمتها دون تفريق وتمييز وهل من اثر خيري شامل لهذه الصفات والشروط اعظم من معهد صحي يؤمه الفقراء والاغنياء معا وهل من شيء يحتاج اليه في بغداد خاصة اعظم من المعاهد الصحية وفي العاصمة كما يعلم الكل العدد لوافر من وفيات الاطفال والاضطرار الكلي الى دار التوليد ومأوي لداء التراخوم ·

ان المستشفى الحالي وقد استكمل فيه ما يفرضه العلم والمدنية لا يسعه في الظروف الحاضرة ولا المستقبلة القريبة ان يفكر في سائر الاحتياطات الصحية المحلية ، في دار للتوليد ومركز للامراض العينية وملجأ لامراض الاطفال ومنتزه للاطفال الضعيفي البنية · فهل من اثر خالد اعظم فائدة وأوفق للمصلحة واجدر بالتقدير العام من تخصيص ثلثي المبلغ المذكور للمعاهد الصحية الثلاثة والثلث الباقي لافراغ الخربة الكائنة ازاء المستشفى والممتدة من باب المعظم حتى ساحل النهر في حديقة غناء يتنزه فيها الاهلون اجمع وخاصة الاطفال العديدون الذين لا يمكنهم ان يستنشقوا عن الهواء الطلق لترميم عضويتهم المشوهة التي ابادتها منازلهم الضيقة والعديمة النور والهواء · فالى هذا الاقتراح الانساني نلفت انظار فخامة المعتمد السامي ونرجو من فخامته ان يعيره اهميته الحقيقية ونحن لها شاكرون ·

مدرسة الصيادلة العراقية

لقد انتهت دورة الدراسة لسنة ١٩٢٤ — ٢٥ لمدرسة الصيادلة العراقية التي تحتوي على ثمانية عشر تلميذا في الصف الاول وخمسة عشر تلميذا في الصف الثاني الذين اكملوا تحصيلهم يوم الجمعة الموافق ٢٦ تموز ٩٢٥ ولقد اجرى فحصهم النهائي من قبل الهيئة الآتية :

الرئيس : الدكتور حنا خياط مدير الصحة العام

الاعضاء : الدكتور هكس

الدكتور دنلوب

المستر باست

الدكتور سندرسن

الدكتور سامي شوكت

المستر رايمون

منشي حيا

عبد الكريم

كركور كركوريان

اسرائيل موئيس

كاتب الاسرار : المستر غرابس

ولقد اجرى الفحص في مدرسة دار المعلمين وفي دائرة مدير الصحة العام . ولقد نجح اثنا عشر تلميذا من الخمسة عشر الذين اكملوا تحصيلهم . وكان نتيجة الفحص مرضيا للغاية حيث اوجب تقدير الهيئة التدريسية وشكرها .

واما الناجحين فهم كما ياتي حسب الدرجة التي حازوها بنتيجة الفحص .

١ : رؤوف نجيب	سليمانية
٢ : جبرائيل خورى	موصل
٣ : انطوان يوسفاني	موصل
٤ : بهنام عبو	بغداد
٥ : حبيب صايم فتح الله	بغداد
٦ : يوسف غبريل	بصره
٧ : يعقوب يوسف	بغداد
٨ : كرجي حسقيل كباي	بغداد
٩ : روبين حوكي	بغداد
١٠ : حايق غبريل	بصرة
١١ : شاوول محاب	بغداد
١٢ : منير عبد النور	موصل

المجلة الطبية البغدادية

مجلة شهرية فنية طبية

تنشرها الجمعية الطبية البغدادية ، يحررها اعضاء الجمعية خاصة وتقبل مقالات جميع منتسبي الطب في العراق غايتها خدمة فن الطب الجليل ووضع منتسبيه بتماس دائمي مع مايحدث في العالم الطبي من كشفيات واختراعات فنية .

السنة الاولى

العدد الثالث

المجلة الطبية البغدادية

THE BAGHDAD MEDICAL REVIEW

السنة ١

العدد ٣

مجلة الجمعية الطبية البغدادية

مديرها

الدكتور صائب شوكت

آب ١٩٢٥ محرم ١٣٤٤

الاشتراك السنوى ١٠ ربيات ثمن النسخة ١٢ آنة

المراجعة فى جميع مايخص المجلة يكون باسم الدكتور صائب شوكت فى المستشفى الملكى فى بغداد

بغداد * مطبعة العراق

المقالات الاساسية

اسهال الاطفال ومعالجته — الدكتور دنلوب

ضربة الحر وتأثير كثافة الهواء عليها — الدكتور سندرسن

حمى النفاس (التعفن النفاسي) — الدكتور شريف عسيران

تربية الطفل (وصايا صحية للامهات) — الدكتور صائب شوكت

هندسة الدور الخصوصية في العاصمة — الدكتور سامي شوكت

المقتبسات

تكون السرطان التجربي — عن مجلة الجراحية الاميريكية

الاستعداد للديابطس — عن مجلة مونيخ الطبية

(تعريب الدكتور هاشم الوتري)

الشؤون

خلاصة وقائع الامراض السارية في العراق

المرحوم الدكتور كامل

الجمعية الطبية البغدادية (اجتماع تموز)

التقرير الشهري لمديرية صحة العاصمة

المجلة الطبية البغدادية

THE BAGHDAD MEDICAL REVIEW

العدد الثالث — آب ١٩٢٥

المقالات الاساسية

اسهال الاطفال ومعالجته

الدكتور دنلوب

المقال الذى القاه فى الجمعية الطبية

ان كثرة هذا المرض في بغداد سبب كاف ليدفعنى لان ادقق البحث معكم في انواع هذا المرض واعراضه ومداواته .

كل من ينظر الى الاحصاآت التي نشرها رئيس صحة بغداد في السنين الماضية اول مايجلب نظره كثرة وفيات الاطفال . واظن ان القسم الكبير من هذه الوفيات يحصل من الاسهال ومن رأيى ان الوفيات التي تذكر تحت عنوان (سوء القنية marasmus) ناشئة ايضا عن الاسهال .

لا اريد تحديد جراثيم هذا الداء ولكنني اود ان اقول كلمة وهي انه لا يوجد جرثومة خاصة مسببة لهذا المرض .

في المجلة الطبية البريطانية (عدد ١٠ تشرين ثاني ٩٢٣) مضمون المذاكرات في الاسهال الصيفي حيث قال (تايارو) انه يظن ان المرض هو واحد في جميع اقطار العالم وهو ليس مرض عفن بمعنى الكلمة بل هو اكثر من ذلك مرض غذائي يختلط معه اخيرا تعفن سببه احدى الجراثيم العضوية التي تصير شديدة القوة في تلك الساعة . هذه النظرية توضح النتائج المختلفة التي توصل اليها المؤلفون في بعض الاصابات ولقد فصلوا في اميركا باسلس الزحار في ٦٣ بالمائة وقالوا ان باسلس مورغان هو سبب هذا المرض واما في البلاد الاخرى ففصلوا باسلس بروتيوس، باسلس قولون وآخرى غيرها .

ولقد اطلعني الدكتور ميلس عَلَى نتائج سعيه بخصوص فصل جرثومة اسهال الاطفال وهو ان عدد الغائط الذي اخذ الى المختبر كان قليلا وغير كاف للتوصل الى نتائج مرضية · ومن المحقق ان هذا المرض عفني ويحصل من جراثيم مرضية · ان الغائط الذي ارسل في وقت مناسب كان قد فحص وعزلت الجراثيم الفعالة ومن المحقق ان اكثر هذه الحوادث تحصل من اختلال التغذية العمومية ولكن من الصعب ان نقبل فكرة (انابارد) بان جميع الاسهال هو غذائي اذ لم يحصل في بعض الحوادث من التعفن · حدثت بعض الحوادث كادخال طفل مريض الى احد مستشفيات الاطفال وهو مصاب بالاسهال الهيضي فانتشر هـذا المرض بين الاطفال الاخرين في ذلك المستشفى المصابين بامراض اخرى · وعليه يجب ان نعتبر هذا الداء مرضا تعفنيا ويجب ان لا ننسى ايضا ان اكثر الحوادث تحصل من اختلال الغذاء

انواعه : انني سانبع تبويب (هو جنسون) لاهتمامه بالاعراض السريرية اكثر من التغيرات التشريحية :

تقسم جميع انواع الاسهال الى قسمين الحاد والمزمن ويقسم الحاد الى ثلاثة انواع (١) البسيط (٢) الحماوي (٣) الهيضوي وسيكون اكثر بحثنا اليوم عن الحماوي ·

ويجب ان نعلم انه لا يمكن تقسيم الاسهال وتبويبه قطعيا اذ كل قسم يدخل في الآخر · ويمكن ان يبدأ الاسهال بشكل بسيط ثم ينقلب الى الشكل الحماوي وبعد ذلك الى الشكل الهيضوي · ان اهم اسباب الاسهال البسيط هو سوء التغذية وفي اكثر الاحيان تختل طبيعة الجسم اثر كثرة الطعام · فالاعتناء بطعام الاطفال هو الواسطة الوحيدة التي يجب الدقة فيها ·

الاعراض : من الممكن ان تبدأ تدريجيا وتظهر بصورة شديدة ويكون لون الغائط طبيعيا في بادئ الامر ثم يتغير فيصير ازرق ويحتوي عَلَى مخاط ودم · وبعد زمن يصير الغائط كريه الرائحة واما الاعراض الاخرى فتختلف من الخفيفة الى الشديدة المهلكة حسب نوع المرض · واذا كانت الاعراض العمومية شديدة فيجب ان نقول حينئذ ان المرض تعفني ولا يمكننا ان نحكم عَلَى شدة المرض بالامتناع عن الغذاء ووجود الاسهال فقط بل بتسمم الجسم من السموم التي تفرزها الجراثيم المعوية ففي الاحوال الشديدة تغور العينان وتبقى الاجفان مفتوحة حين نوم الطفل وتتشكل طبقة مخاطية فوق العين ويفرق الرأس ويتجعد الجلد ويصير مطاطا اذا رفع يبقى عَلَى حالته مدة من الزمن وهذا العرض الاخير ينذر بخطورة حال المريض وينبئ بوجوب اسراع المداواة وكلما ازداد الاسهال تزداد هذه الاعراض ويشتد ظهورها · فيصعب تفريقها حينئذ عن الهيضة وترتفع الحرارة في بادئ الامر ثم تسقط بعدئذ من ١٠٣ — ١٠٤ حتى يصير الجسم باردا ويزرق لون الطفل ويصير نبضه خفيفا ضعيفا ويحصل خلجان قبل الموت · وتختلف هذه الاعراض حسب نوع المرض ففي النوع البسيط يحصل انحطـاط شديد في القوى واما في النوع الهيضوي فيشتد الانحطاط للغاية وفي الشكل الحماوي تشتد الحرارة ثم يحصل برودة وانحطاط ·

ان فحص الغائط يقودنا الى وصف العلاج · فالواجب ان نعلقوا اهمية عظمى عَلَى الغائط الاخضر لانه دليل عَلَى كون الغائط خرج من الامعاء بسرعة شديدة قبل ان

تؤثر فيه صبغة الصفراء · واما الغائط الجائف فهو دليل عَلَى شدة الحركة الدودية في القسم العلوي من الامعاء لان الغذاء قبل ان يهضم وتمتصه الامعاء الرقيقة يصل الى الامعاء الغليظة فيصير مركزا لتكاثر جراثيم التخمر ونجد في الغائط المتعفن قطعا بيضاء من خثارة اللبن الذي لم يهضم · وهذا دليل عَلَى ان الطفل تناول لبنا اكثر مما يمكنه هضمه والغائط الحامض يدل على كثرة السكر في غذاء الطفل · ويوجد بكثرة في بغداد نوع من الغائط من مميزاته انه يخرش الجلد الذي يحيط بالشرج فيظهر عليه احمرار وتقرح وهذا دليل عَلَى وجود حموضات في الغائط تحصل من كثرة الدهن في غذاء الطفل والنوع الاخر يحتوى عَلَى مخاط ودم في الغائط وهو من الانواع المميتة ·

المداواة : قال هو جنسون : ان قاعدة مداواة اسهال الاطفال هي تجويعهم وتنظيف قناتهم الهضمية · ويكفي لشفاء المريض في بعض الاحوال قليل من زيت الخروع واعتدال في الحمية ·

والتجويع المطلق في الحالات الشديدة ضروري · وحسب اختباري ان تطبيق هذه النظرية في بغداد من اصعب الامور · وكثيرا ما يوصي الطبيب بذلك ولكن الام الجاهلة كثيرة الشفقة لا تصغي لذلك ويطيع الامهات اوامر الطبيب ساعة او ساعتين ثم يتركنها والميلات من يتبعنها ٢٤ ساعة · يجب الامتناع عن اعطاء الطفل اي شئ سواء كان يرضع من امه او من اللبن الاصطناعي · والاطفال يتحملون الجوع جيدا اذا وضعوا في محل دافئ واعطوا سوائل كثيرة واحسنها الماء المغلى ومن المستحسن في بعض الاحوال اعطاء بعض المواد الغذائية كماء الارز او ماء الشعير او ماء الزلال الذي يستحضر بخبط زلال البيض مع الماء واضافة قليل من الملح وحين تحسن حالة المريض يمكن اعطاؤه بياض البيض وحليب هورليك ثم يمكن ادخال الحليب في الغذاء تدريجيا ويجب في مثل هـذه الاحوال مراقبة الطفل مراقبة شديدة فاذا حصل ادنى تغير في الغائط يجب التوقف عن اعطاء الحليب ·

اذا كانت الاعراض شديدة ويوجد قيء تغسل المعدة بماء الملح او محلول قلوي ضعيف ومن الصعب اجراؤه في الاطفال ولا يستعمل الا في الحالات الشديدة · واذا كان الاسهال قويا وفيه مخاط كثير يجب غسل الامعاء الغليظة ايضا وهو سهل الاجراء ومفيد للغاية ويمكن استعمال انبوب المريء الصغير او انبوب بولي (قاثه تر) · يوضع الطفل عَلَى قفاه وترفع حوصلته ويوضع الانبوب اثناء جريان الماء من فوهته في الشرج وذلك ليفتح له الطريق · ويجب رفع الحقنة علو قدمين فقط اذ ليس من الصعب انفزار امعاء طفل صغير · ويجب ان لا يرفع الانبوب حتى يخرج الماء من الامعاء صافيا ويمكن استعمال ماء الملح السخن او اي محلول آخر ·

ويستحسن تسهيلا لدفع السموم حقن محلول المصل الاصطناعي تحت الجلد خاصة في الاطفال الذين تجعدت جلودهم بسبب قلة السائل ويمكن اجراء هذا الحقن بحقنة الاذن الكبيرة بعد ان يربط ابرة عَلَى فمها بانبوب مطاط ويحقن تحت الجلد في الخاصرة ويكفي اربع اونسات لذلك · ويمكن تكرار ذلك كل اربع ساعات ويمتص هذا السائل بسرعة فيرفع الضغط الشرياني ويسهل طرح السموم من

الكلية . ويوجد دائما زلال قليل في بول هؤلاء الاطفال .

قبل ان اخوض بحث المعالجة العقاربة اريد ان اذكر مسألتين الاولى ان الضعف الشديد في هذه الحوادث يحتاج الى سرعة التداوي وتطبيق الشروط الصحية واظن ان احسن واسطة هي حمام الخردل الحار بدرجة ١٠٠ فرنهيت ويوضع في الماء ملعقة او ملعقتين من الخردل حسب مقدار الماء .

ثم يوضع الطفل في هذا الماء الى ان يحمر جلده . واذا لم يكن درجة لقياس الحرارة تقاس بالمرفق فاذا لم نتمكن من وضع المرفق في الماء نظرا لشدة الحرارة يكون حينئذ الماء حارا . اني رأيت طفلا احترق جلده من شدة حرارة الحمام الذي فحصت حرارته باليد فقط ان استعمال الستركنين حقنا تحت الجلد بنسبة نصف نقطة منبه جيد وفي الاحوال الشديدة يمكن اضافة قطرات من الاثير اليه وزيت الكافور والبرندي يفيدان ايضا ويعطي الاخير بنسبة عشر قطرات في الماء شربا . ويستحسن في المرضى المتجمدة جلودهم لف الجلد بثياب مرطبة دافئة ولم اتمكن من تطبيق ذلك في بغداد لعدم قبول الامهات هذه الفكرة نظرا لجهلهن واوافق على تركه خشية تعريض الطفل للبرد نظرا لعدم الاعتناء بتطبيق هذه القاعدة .

المسألة الثانية هي الخدمة الصحية . يجب تبديل ثياب الطفل كلما اتسخت وتحميمه ثلاث مرات يوميا وهذا ايضا صعب التطبيق في بغداد ولا تقبله الامهات . ومن المسائل المفيدة ارسال المرضى من بغداد الى الاعظمية او الكرادة . وانا اعلم مرضى تحسنوا بتغيير الهواء

المعالجة العقاربة : — لا تثقوا بالدواء فيمكن ان يساعد الدواء ولكن لا يوجد دواء قطعي لاسهال الاطفال ويكفي للشفاء في الاسهال البسيط جرعة من زيت الخروع واعتدال الحمية فاذا داوم الاسهال يعطي كربونات البزموت خمس حبات مع ملعقة من الفليسرين والماء

واذا وجد قطع متجبنة في الغائط يعطى :

Zinc Oxide gr. 0,06
Tinc. Opium I goutte

واذا كان غذاء الطفل اصطناعيا قد تكون الفائدة الكبيرة اذا اضيف حبة من كاربونات الصودا لكل اونس من اللبن

ان نوع الغائط من اهم الدلائل على اختيار الدواء فاذا كان الغائط حامضا يعطى المريض مادة قلوية واذا كان الغائط قلويا تعطى الحوامض كحامض اللبن ٢/٣ لكل ملعقة شاي واذا كانت رائحة الغائط كريهة يضاف حبة او حبتين من سالسلات الصودا الى مستحلب البزموت او قطرة من صبغة اليود مع الفلسرين . واذا كان الغائط اخضر يعطى زيت الخروع كما ياتي :

Huile de ricin V gouttes
Mucilage traganth q. s.
Eau de Menthe 30 gr.

يعطى هذا المزيج كل ساعتين او ثلاثة مدة يوم او يومين فاذا لم يتمكن الطفل من اخذه بسبب القيء يعطى دواء ناشفا كما ياتي :

Calomel } aa gr. 0,01
Poudre de Dower }

وحينما يحصل تحسن في الغائط يعطي البزموت كما ياتي:

Corbonat de Bismuth gr.0,50
Calomel gr. 0,01
Poudred Ipeca gr. 0,01

يعطى هذا مع ماء الزلال مرتين او ثلاث مرات يوميا وعند حصول القيء يجب غسل المعدة كما ذكرنا ويوضع خردل على البطن ويعطى ماء مغلي مبرد فقط ومن المستحسن اعطاء الكلومل (الزئبق الحلو) بمقدار ١ — ٦ حبة كل نصف ساعة ٣ — ٤ مرات ويوضع على اللسان ليقطع القيء ويجب الوقاية حينما ترتفع الحرارة باعطاء القوابض والمواد المضادة للتعفن واحسنها الزئبق الحلو ويمكن اعطاؤه مع مسحوق عرق الذهب بمقدار ١ — ٦ حبة او رزورسين (حبتين) او نفتول ١ — ٤ حبة وحينما تسقط الحرارة تعطى القوابض كاملاح البزموت . واذا حصل الاسهال من شدة الحركة الدودية المعوية يجب اتخاذ تدابير اخرى كاعطاء قليل من صبغة الجوز المقيء

Liqueur Arsenique I goutte
tinc noix vomique ½ gouttes
tinc card co. I gouttes
glycerin (neutre) X gouttes
Eau 30 gr.

ثلاث مرات يوميا

ومن المستحسن اعطاء قليل من المورفين قبل الطعام لتسكين حركات الامعاء وفي الاحوال التي يكثر فيها المخاط والدم ويحصل الم حين التغوط يكون اكثر الداء في الامعاء الغليظة وحينئذ يفيد الافيون .

Huile de ricin II gouttes
tinc d'opiumI goutte
tinc d'ipeca I goutte
Glycerin X gouttes
Eau 8 gramme

ان غسل الامعاء الغليظة في هذه الحوادث مفيد . والاسهال المزمن يداوي كما ذكرت لكم ولكن (نترات) الفضة مفيدة هنا .

Nit d'argent gr. 0,01
tinc d'opium I goutte
acid nitrique I goutte
glycerin X goutte
Eau 8 gramme

ونترات الفضة في الاسهال المزمن القديم هي الدواء الوحيد الذي يفيد فائدة حسنة ويقطع الاسهال .

يمكن حصول لطخات سوداء في الجلد اذا استعمل هذا زمنا طويلا .

اريد ان اقول كلمة عن اعطاء الافيون الى الاطفال يجب ان تعلموا انه من الممكن حصول محذورات شديدة من اعطاء الافيون الى الاطفال ولكن في بعض الاحوال اعطاؤه ضروري ويجب اتخاذ قاعدة عمومية وهي ان لايعطى الافيون في بداءة المرض ولا اذا كان المريض ضعيفا خائر القوى ولا اذا كان اللسان وسخا . فاذا كان اللسان نظيفا وعدد الغائط كثيرا فهو احسن دواء وكذلك اذا كان وجع في البطن او كان سبب الاسهال شدة الحركة الدودية المعائية ويوجد قاعدة ذهبية وهي توصية الامهات بان لايعطين الطفل دواء فيه افيون طالما هو نائم فاذا اعطي الافيون الى الطفل النائم يزداد نومه وتسوء العاقبة .

ضربة الحر
وتأثير كثافة الهواء فيها

الدكتور سندرسن
مدير مستشفى السكك الحديدية
في بغداد

« هي المقالة التي قدمت الى جمعية امراض البلاد الحارة الملكية في لندن في ٢١ حزيران سنة ١٩٢٣ »

ان انحصار ضربة الحر في بعض المناطق الجغرافية المعينة يدل على وجود تأثير للاقليم والمناخ فيها . والعراق من هذه الوجهة له شهرة كبيرة وسبب ذلك اقليمه الخاص الذي اظنه جديرا بالبحث والتنقيب .

ان اقليم العراق اقليم معتدل وفوق الاقليم الحار لانه واقع في المنطقة الجغرافية المعتدلة حيث يصيبه مقـدار عظيم من حرارة الشمس بسبب طول نهاره وشمسه المستديمة وانخفاض ارضه .

ان مقدار الحرارة التي تصيب الارض من الشمس تابع الى مؤثرين مهمين هما درجة ميل اشعة الشمس في منطقة ما وطول النهار فيها . ولما كانت اشعة الشمس عمودية في منطقة خط الاستواء كان انتشار الحرارة فيها اكثر من المناطق الاخرى الا ان النهار في المنطقة المذكورة ثابت وهو قلما يزيد او ينقص عن ١٢ ساعة في الصيف والشتاء في حين اننا نشاهد زيادة طول النهار كلما تقدمنا من الشمال نحو القطب ولكن في الوقت عينه تزداد درجة ميل اشعة الشمس . فمن هذين السببين ، اي اختلاف طول النهار واختلاف ميل اشعة الشمس ، يحصل معدل الحرارة التي تصيب المناطق المختلفة .

واذا اعتبرنا هـذين المؤثرين نرى ان الحد الاعظم لارتفاع الحرارة يكون في المناطق الواقعة على بعد ٣٠_٣٥ درجة من خط الاستواء .

ولقد ظهر من تدقيق تقارير المناخ في العراق لست سنوات ، حصول تناقص كبير في كثافة الهواء في الصيف بمقابل ارتفاع الحرارة فيه . وهنا اكتفي بذكر تقرير العام الماضي :

فقد كان الضغط الجوي في شهر تموز ٩٩٣ ميليبار Millibar وكان متوسط الحرارة ١١٠° فارنهايت كانت كثافة الهواء بمقابل ذلك ١٠٠٩٢ غرام لكل متر مكعب وهذا مايعادل كثافة الهواء في علو ٥٠٠٠ قدم في موسم الشتاء في العراق .

وفي ٢١ تموز ارتفعت الحرارة الى ١٢٠° فارنهـايت فهبط الضغط الجوي الى ٩٨٧ مليبار وكانت كثافة الهواء بمقابل ذلك ١٠٠٦٧ غرام لكل متر مكعب وهذا يعادل كثافة الهواء التي على علو ٦٠٠٠ قدم في الشتاء في العراق .

ولقد لاحظنا في ٢١ تموز واليومين اللذين اعقباه ان وقائع ضربة الحر كانت قد بلغت حدها الاعظم .

ان كثافة الهواء في العراق في موسم الشتاء هي ١٠٢٧٠ غرام لكل متر مكعب فالنقص الذي حصـل في كثافة الهواء في ٣١ تموز قد كان ٢٠ في المائة بالنسبة الى اشهر الشتاء ولا غرو فان كثافة الهواء تتغير تبعا لتغير الحرارة والضغط الجوي ودرجة الرطوبة الا ان الرطوبة قليلة التأثير فيها .

فاذا فهم ماتقدم فيمكننا ان ننتقل الى الموضوع الاصلي من مقالنا هذا :

ماتأثير هبوط كثافة الهواء في الصيف علَى الافعال الحياتية في الجسم البشري ..؟

تناقص الكثافة دليل علَى اتساع ذرات الهواء وتمددها وبتمدد الهواء تتناقص كمية مولد الحموضة الموجودة في حيز واحد من الجو وهذه النسبة المتنـاقصة تؤثر في التنفس لان كمية مولد الحموضة في الهواء الذي يدخل الى الرئتين مع الشهيق في حالة تمدد الهواء بسبب نقص كثافته تكون اقل مما لو كان الهواء اكثر كثافة وانضغاطا واقل تمددا . ولما كان غاز مولد الحموضة هو المادة التي يتوقف عليها تجدد الدم في البدن ودوام الافعال الحياتية فيه لذلك كان نقصه في الهواء المتنفس سببا لحصول اضطراب وتلبكات في الافعال الحياتية فيما اذا لم يعوض عنه .

وتعويض نقص مولد الحموضة يحصل غالبا باتساع التنفس وحصول الشهيق العميق في موسم الصيف ولكن هذا يسبب تزايد فعالية الجسم الذي يكون تحت مؤثرات غير صالحة . وبتناقص مولد الحموضة من الهواء المتنفس يزداد الدم الوريدي ويحصل تحرش في اعصاب الحركة الوعائية ونقص في الحرارة الغريزية للجسم وافراز عرق وافر . فمن الممكن ان ينتج ذلك تسمما نفسيا وهذا الاخير يهيئ الجسم الى الاصابة بضربة الحر .

وفي الختام اقول ان كثافة الهواء تابعة الى ثلاثة مؤثرات اثنان منها هما الحرارة والرطوبة الجوية وهما عاملان اساسيان لضربة الحر كما هو مقبول لدى الجميع ولكني احب ان اضيف عاملا ثالثا ، وهو المؤثر الثالث لتحول كثافة الهواء ، اعني به الضغط الجوي فاني اعتقد ان للضغط الجوي تأثيرا مهما في حصول ضربة الحر في العراق .

حمى النفاس (التعفن النفاسي)

(الدكتور شريف عسيران)

ليس بين المواضيع الطبية موضوع اجدر بالبحث من هذا الموضوع لان الام ركن من اركان الهيئة الاجتماعية وما فائدة ام تنتهي ولادتها بموتها وغالبا بموت طفلها

ان حزنا في ساعة الموت اضعا
ف سرور في ساعة الميلاد

تاريخها: ان حمى النفاس قديمة العهد وصفها الاقدمون وكتبوا عنها منذ الف سنة قبل المسيح وممن كتب عنها ابقراط ابو الطب فقال « انتشر وباء هذه الحمى وماتت ابنة تيليبولس Telebulous في اليوم السادس » وقد خبط الاقدمون في تعليلها خبط عشواء فنسبوها الى انحباس السائل المهبلي والى انحلال اللبن (الحليب) وما اشبه وقد اشار اليها ابن سينا في كتابه القانون من طرف خفي حيث قال تحت احوال النفساء « النفاس لا يمتد في الذكران اكثر من ثلاثين يوما وفي الاناث الى اربعين فيما فوق بقليل وتعرض للنفساء امراض كثيرة كالنزف واحتباس الدم فيؤدي النزف الى سقوط القوة ويؤدي احتباس الطمث الى حميات صعبة وقد يعرض لها كثيرا خراج من الولادة العسرة وقد يعرض لها كثير انتفاخ بطن وربما هلكت ودم النفاس اشد سوادا من دم الطمث لانه اطول مدة احتباس ا هـ ».

وكان الرأى السائد حتى القرن التاسع عشر ان احتباس السيلان هو سبب هذه الحمى وسنة ١٦٧٠ اورد بوزو Puzos نظرية خلاصتها ان انحلال لبن الام وانتشاره في الدم اثناء الحبل هو سبب الحمى وان هذا اللبن ينجذب عقب الولادة الى الثديين وتجذبه احيانا اعضاء اخر كالبريتون فتسوء العاقبة · وصدق هذه النظرية كثيرون وادعوا انهم رأوا اللبن في البريتون اثناء فحص الجثة بعد الموت وقال آخرون ان سببها التهاب الرحم والبريتون ·

وفتكت هذه الحمى سنة ١٦٦٤ بعشرة بالمائة من نفاس مستشفى هوتيل ديو باريس Paris Hotel Dieu و ١٩ بالمائة في مستشفى فينا سنة ١٨٢٣ ثم اخذت الظنون تحوم حول تعفن المواد وانها مصدر هذه الحمى · والفضل في الجزم بعدوى هذه الحمى يرجع الى بعض اطباء الانكليز الذين كتبوا عنها في منتصف القرن التاسع عشر ·

ترتكز معرفتنا الحقيقية عن هذه الحمى على ثلاثة اسس ·

اولاً: نشرة اوليفروندل هولمز الطبية سنة ١٨٤٣ Oliver windel Holmes عن عدوى حمى النفاس ·

ثانيا: ملاحظات اغناز فيليب سملويس Ignaz Philipp Semmeiwies في مستشفى فينا سنة ١٨٤٦—١٨٤٨ عن عدوى حمى النفاس ·

ثالثا: نشرة السر جيمس سمبسن Sir James Simpson . سنة ١٨٥٠ عن مشابهة حمى النفاس للحمى الجراحية وصادفت نظرية الدكتور هولمز معارضة شديدة في امريكا وقوبلت بالهزء والسخرية والتقبيح اذ لم يكن في تلك البلاد

الا طبيبان مختصان بفن الولادة وهما هضدج Hodge استاذ علم الولادة في جامعة بنسيلفانيا وميغز Meigs استاذ هذا الفن في كلية جفرسن ·

ورغما عن المعارضات الكثيرة والتشنيع المشين لقيت هذه النظرية انصارا في انكلترا وامبركا حتى ان الدكتور بنروز Dr.Penros خلف هضدج كان يدرسها ويحرض على العمل بها ·

كان سنة ١٨٤٦ في المستشفى العام بفينا شاب مجرى دخل المستشفى حديثا كمساعد مبتدئ في شعبة التوليد واسمه كما ذكرنا اعلاه اكناز فيليب سملويس فلاحظ هذا الشاب ان عدد وفيات عقب الولادة في قاعته يربو كثيرا على القاعة التي تديرها القابلات فكانت وفيات قاعته ١٥ بالمائة ووفيات قاعة القابلات واحد ونصف بالمائة فهاله هذا الامر واخذ يستقصي السبب باذلا النفس والنفيس في هذا السبيل ·

وفي احد الايام توفي صديقه كوللتشكا Kolletschka اثر التهاب جرح في اصبعه من جراء التشريح بعد الموت وبينما هم يشرحون جثته بعد مماته اندهش سملويس اذ وجد نفس ما كان يجده في جثة النفاس فصرخ للحال وجدتها Eureka وادرك ان التلامذة الذين كانوا يعودون من التشريح و يفحصون النساء يحملون العدوى على ايديهم واخذ يصرح من ذلك الحين ان التلامذة هم المسؤلون وكان مصيبا في نظريته واصدر امرا مشددا يحظر على التلامذة فحص اي حامل قبل غسل الايادي بمحلول الكلورين (ماء الكلورين) الدواء الوحيد المضاد للعفونة في ذلك الوقت · وكان هذا الامر بدعة في نظر العالم الطبي ولكن هبطت الوفيات في قاعة سملويس لدرجة دون وفيات قاعة القابلات وتبين ان بدعته حقيقية ناصعة لا شائبة فيها وهاك احصاء السنوات التي عقبت هذا الاكتشاف ·

السنة	عدد النفاسى	الوفيات	النسبة المائوية
١٨٤٦	٤٠١٠	٤٥١	١١٫٤ بالمائة
١٨٤٧	٣٤٩٠	١٧٦	٥٫٠ »
١٨٤٨	٣٥٥٦	٠٤٥	٢٫٢٧ »

فشرع سملويس في نشر هذه الحقيقة واقناع العالم الطبي بها وكان اثناء وجوده في بودابست يوقف الناس على قارعة الطريق ويشرح لهم نظريته لشغفه بها · ولكن كانت النتيجة ان هزأ الناس به فتمكن منه اليأس وجن وادخل في مستشفى المجانين في فينا حيث توفي من جراء جرح في اصبعه اثر عملية اجراها قبل دخوله مستشفى المجانين في فينا · فيجب ان يضاف اسم هذا الرجل الى اعاظم رجال الطب كلستر وباستور وهارفي وكوخ واضرابهم · وممن ايدوا نظرية هذه النابغة باستور الشهير مؤسس علم الجراثيم ·

اسمها: سمي هذا الداء خطأ حمى النفاس واصطلح على هذه التسمية معظم كتبة الغرب من انكليز وامبركان وافرنسيس فالحمى تنتاب النفساء اثر التهاب اللوزتين او الحمى المرزغية الخ · مما ليس له علاقة بالنفاس ولهذا تسميتها بالتعفن النفاسي افضل في نظري ·

وقد اختار هذا الاسم كثير من الكتاب فدعوها التعفن النفاسي (Puerpural Septaecemia) وتسميتها

حمى النفاس لاينبي عن علاقتها بالتعفن الذي يحصل اثر الولادة .

ان اول من بحث عن جراثيم المهبل بحثا حقيقيا هو الدكتور البرت دودرلينز Dr. Albert Doderleins الاختصاصى بامراض التوليد اذ طبع رسالة سنة ١٨٩٢ قسم فيه افرازات المهبل الى قسمين طبيعي ومرضي فالافراز الطبيعي ابيض اللون مجبن كخثارة اللبن غير ممتزج بالمواد المخاطية وفيه خلايا ابيثلية Epithelia cells ومواد مخاطية ترطبها افرازات الغشاء المخاطى وتفاعل الافراز الطبيعي حامض لايلائم نمو الجراثيم في المهبل الا نوع واحد اسمه ثرست فنغس Thrust Fungus وهو يحدث تقيحا واتلافا للنسيج اذا حقن تحت جلد حيوان ما . اما غير الطبيعي او المرضى فاصفر اللون طرى كالقشدة خفيف الحموضة او قلوى التفاعل ممتزج بالمواد المخاطية وفيه فقاقيع غاز واكثر انواع الكوكاي والبسلاي Cocci & Bacilli وقد فحص ١٩٥ حاملا فوجد افرازا طبيعيا في ٥٥،٣ بالمائة وافرازا مرضيا في ٤٤،٦ بالمائة . ثم حمى وطيس الجدال حول هذا الموضوع وكثرت الاراء وهاك خلاصتها .

ان الفرج (مجموع اعضاء التناسل الخارجية) كسطح الجسم معرض لفتكات انواع الجراثيم المعدية ومركزه مناسب لذلك وقوة الجراثيم الموجودة فيه ضعيفة ولكنها تتقوى متى دخلت اعضاء التناسل الداخلية وتهاجم المهبل انواع الجراثيم عقب الولادة فورا لان المهبل في حالته الطبيعية خال من الجراثيم المعدية ومن النادر ان تجد فيه بعض انواع الستربتوكاي Streptococci والستافيلوكوكاي Staphylococci ولكن تكون ضعيفة القوى .

ان للمهبل ميزات تجعله في مأمن من هجمات الجراثيم اهمها

اولا : وجود نوع خاص من الباسيلس Bacillus مضاد للجراثيم .

ثانيا : كثرة الكريات البيضاء خاصة النوع المضاد للجراثيم .

ثالثا : الافراز الحامض الذي فيه وهو غير ملائم لنمو الجراثيم .

رابعا : مناعة غشاء المهبل لانه طبقات بعضها فوق بعض .

خامسا : خلو المهبل من الاكسجين .

سادسا اندفاع الدم حين الطمث والنفاس .

سابعا : وجود مادة التراي متلين Trimethylen

اما القناة الرحمية والرحم فهما بحكم الطبع خاليان من الجراثيم المعدية ولكننا نجد عقب الولادة انواع الكوكاي فى طول القناة الرحمية وفي الرحم نفسه وتنشأ اثناء الولادة وبعدها قوى طبيعية آلية (ميكانيكية) وهي:—

اولا : خروج السائل الجنيني Liquor amni الذي يغسل المهبل وينظفه جيدا .

ثانيا : نزول الجنين الذي يمسح المهبل مسحا جيدا يعقبه خروج المشيمة وكلاهما يساعدان على دفع الجراثيم الى الخارج .

ثالثا : خروج الدم الذي يغسل الرحم والمهبل ويدفع الجراثيم الى الخارج

الجراثيم التى تعدى الجهاز التناسلي كثيرة اهمها الستربتوكوكاي Sreptococci . وميرهوفر Mayerhofer اول من وجدها في حوادث حمى النفاس سنة ١٨٢٥ واول من زرع منها زرعا العلامة باستور سنة ١٨٨٠ ووجد دورلينز الانف الذكر الستربتوكوكس الصديدي السبب الوحيد في خمس حوادث وتزرنوسكي Czernieuski وجد الستربتوكوكس في ٤٩ حادثة من ٥٣ واحصى فيدال Widal ١٦ حادثة فوجد الستربتوكوكاي فى ١٤ الباسلاي في اثنين منها وظهر من احصاء ٩١ حادثة ان ٨٥ — ٩٤ بالمائة مسببة بالستربتوكوكاي ويلي الستربتوكوكاي الستافيلوكوكاي Staphylococci ثم . الكولون باسليس Clon Bacillus فالغونوكوك (مكروب التعقبة) فباشلس السل فالبينوموكوك Pneumococcus فباشلش الخانون Klebs Loffler Bacillus ثم باسلس الكزاز وغيرها وعلاوة عن الجراثيم المعدية فان جراثيم التعفن التي تعيش بعزل عن الهواء Anaeropbic saprophites لها ضلع في حمى النفاس وذلك من جراء السموم التى تنشأ من تعفن المواد وانحلالها مثل بقايا المشيمة والاغشية وجلط الدم وقد ذكر الدكتور دبن Dobb حادثة حمى نفاس مميتة بسبب باسلس الغاز Bacillus aerogenes capotetus (gas bacillus وظهرت في الام بعد موتها نفس اعراض الانتفاخ التي ظهرت في الجنين وهذه الجرثومة هي سبب التطبل الرحمي والجنين الميت داخل الرحم خير محط لهذه الجراثيم اذ تلاقى فيه ارضا خصبة وجوا ملائما . وذكر بلوص حادثة مختلطة اشترك فيها باسلس التيفوئيد وباسلس حمى النفاس ورأى هرمث في عدة حوادث زرعا صرفا من حمى التيفوئيد بينما كان يظن ان منشأ العدوى الستربتوكوكس ووجد شاتملر Schottmiller في مائة حادثة اسقاط سببها الستربتوكوكس والستافلوكوكس وكولون باسلس والاستربتوكوكس المهبلي وستربتوكوكس الحمراء الخ .

طرق العدوى : كثيرة اهمها يد الطبيب الفاحص فان الطبيب الذي يفحص اثناء شغله انواع الامراض تتلوث يداه بانواع الجراثيم المعدية كالخانوق والحمراء وانواع الجروح الصديدية والحميات فيحمل جراثيم المرض الى الحامل . وفي المستشفيات الشهيرة وجدوا بالاختبار ان احسن قامع الى انتشار اوبئة الحمى النفاسية هو منع الفحص المهبلي فتناقصت الاصابات تناقصا محسوسا واحسن المستشفيات هي التي تتبع هذه القاعدة الذهبية وتقلل الفحص المهبلي بقدر الامكان .

ولو فرضنا ان الطبيب عقم يديه تعقيماً كافيا فانه لايأمن خطر الفرج المملوء بانواع الجراثيم فيدفعها اثناء الفحص من الخارج الى الداخل خاصة اذا لم يكن الطبيب خبيرا بكيفية الفحص وتتولد العدوى ايضا من اواني المريض ومن الهواء المحيط فيه ومن ابامه وفراشه ومائه الذي يستعمل لتنظيف الفرج . وهناك عدوى داخلية خلاف العدوى الخارجية تنشأ من بقايا الخلاص والاغشية وتحدث تعفنا في الرحم . والجماع في اواخر ايام الحمل من اسباب العدوى التي تندفع من الخارج الى الداخل .

وآخر انواع العدوى الذاتية Autoinfection بينا

ان في المهبل جراثيم معدية اومرضية كامنة هناك ضعيفة القوى وا كنها متى أنست فرصه فتكت (كذلك فرصة الضعفاء) وقد تكون هذه الجراثيم ضمن كيس صديدى قديم في قناة فلوب فينفجر بسبب ضغط الولادة وتنتشر الجراثيم · والضغط يضعف قوة المقاومة ويفسح المجال لفعل الجراثيم · وقد يوجد في الفرج سل موضعي او ورم اوتقيح بسبب الضغط فبسبب انتشار الجراثيم المؤذية وقد تتهشم احدى العضلات وتتعفن وقد تكون المراة مصابة بالتهاب بطانة القلب اوغير ذلك ·

ان نتيجة العدوى تتوقف عَلَى طريق دخولها فاذا صادفت الجراثيم جروحا قرب مخرج المهبل تحدث التهابا وعلاماته معروفة ومن المؤكد ان التهاب المهبل يمتد صاعدا لان الظروف الملائمة لنموا الجراثيم داخل الرحم خيرمنها في خارجه وعليه نرى اكثر العدوى النفاسية تبتدئ داخل الرحم ومما يؤيد هذه النظرية وجود الستربتوكوكاي في غشاء المهبل المخاطي وحدها · وفي غشاء عنق الرحم وفي بطانة الرحم وداخل الرحم مما يدل ان الجراثيم تخترق الرحم بسهولة ولايمكنها اختراق انسجة المهبل · (سنبين اهمية هذه الحقيقة متى جئنا عَلَى ذكر المعالجة) · ان عدوى الجهاز التناسلي التعفنية تحدث غشاء كاذبا خاصة الستربتوكوكاي وباسلس الصديدي والستفلوكوكس وباسلس الخانوق الخ ·

من المسائل المهمة التي يجب معرفتها مضادة الجراثيم بعضها بعضا واشتراكها مع بعضها البعض فالستربتوكوكس يشترك في العدوى مع الستفلوكوكس وباسلس فوتيدس Foetidus مع باسلس الصديدي Pyocyaneus والكولون باسلس يتغلب عليها فيما بعد ويطردها · والكونوكوكس gonococcus يمهد السبيل الى الستربتوكوكس ولكن الاخير يتغلب عليه فيما بعد ويخلو له الجو والستربتوكوكس يمهد الطريق الى الكولون باسلس من مميزات الستربتوكوكس والستفلوكوكس والبيوسيانس كثرة اختراقها الى انسجة الرحم وغشاء قناة فلوب فالاول يسبب التهاب بطانة الرحم ومن الممكن ان يتعديا العضلات او ينتشرا بواسطة الاقنيه اللمفاوية والاوعية الدموية ·

علاماتها تقسم علامات هذه الحمى الى قسمين رئيسين ·

الاول العدوى العمومية ·

الثاني العدوى الموضعية

وتقسم العدوى العمومية الى ثلاثة اقسام :

١ — التسمم العفنى Sapremia

٢ -- التسمم الدموي Septicemia

٣ — التسمم الصديدي Pyemia

العلامات العمومية : قشعريرة برد شديدة يعقبها ارتفاع الحرارة التى تتراوح بين الـ ٣٨ — ٤٠،٥٠ بميزان سنتغراد وبعد ان تظل الحرارة ٦ ساعات او اقل او اكثر يعرق المريض عرقا شديدا وتهبط الحرارة ·

تزداد سرعة النبض من ١٢٠ — ١٣٠ ولا يتناسب النبض مع الحمى فتكون الحمى قليلة وسرعته كثيرة ويكتسي اللسان فروة بيضاء ويزداد التنفس ويضيق صدر المريض

وتفقد شهية الطعام وتعطس كثيرا وتنحط قواها وتأرق ارقا شديدا ويصفر لونها وتتقيأ احيانا وفي الحوادث الشديدة يحصل اسهال ·

العلامات الموضعية : افراز زائد واحمرار الغشاء المخاطي تقرح وتكوّن اغشية مخاطية كاذبة في القسم الاسفل من الجهاز التناسلي ورم الفرج وتمتد العدوى بالترتيب من المهبل الى عنق الرحم الى الرحم فقناة فلوب فالمبيض فالاعضاء المجاورة فالبرتون · وتحدث التهاب في كل من هذه الاعضاء وتجنبا للتطويل نضرب صفحا عن ذكرها لانها داخلة في طب النساء وليست موضوع بحثنا

ان التسمم التعفني ينشأ من جلط الدم وبقايا المشيمة والاغشية التي في المهبل فتتعفن هذه المواد ويتولد منها سموم يمتصها الجسم وينبعث منها رائحة جائفة ويخرج من الرحم سائل رغوي فيه فقاقيع غاز كريه الرائحة والسموم التي تتكون هي من نوع التبوماين Ptomain والجراثيم التي تسبب التعفن لاتدخل انسجة الرحم بل تبقى حيث المواد المتعفنة وعليه نرى ان هذا النوع اخف الانواع اذ متى ازيلت المواد المتعفنة تزول الاعراض ·

القسم الدموي : يحصل من تأثير الجراثيم المرضية التي تهاجم انسجة الاعضاء التناسلية وتحدث فيها التهابا وصديدا وهراء واحيانا نترا كم الجراثيم نفسها في الدم فتزيد الطين بلة واكثر الجراثيم التي تفعل هذا الفعل هي الستربتوكوكاي وهذه الجراثيم تمتد من الفرج الى المهبل فعنق الرحم فالرحم الخ

التسمم الصديدى : قال اولشوسن Olshausen اذا كانت امرأة مصابة بالعدوى النفاسية وحصل لها قشعريرات برد متتابعة فالارجح انه تسمم صديدي وهو اشر الانواع واخطرها ينتهي غالبا بالموت واحصوا مائتي حادثة مات منها ٧٧ بهذا النوع وليس لها موضع مقرر ولكن تحدث حمى يطول امدها ان الستربتوكوكاي هي التي تسبب هذا التسمم الذي يبتدئ في جلط الدم الموجودة داخل اوعية المشيمة واوردتها ، يحدث التهابا في اوردة الرحم اولا ويمتد الى غيرها من اوردة الجهاز التناسلي ثم الى الاطراف السفلى خاصة اوردة الحوض التي تنسد وتختنق فتمنع سريان الدم ويحصل ورم شديد خاصة في الساق ويظهر جلد الساق منتفخا ولهذا يسمون هذه الحالة الساق البيضاء milk leg phlegmasia alba Dolens اي الالتهاب الابيض · وقد تذهب الجلط بطريق الدم وتصل الى الاوعية الدقيقة فتحدث خراجات تنتشر في الرئة والكبد والطحال وغيرها ·

ان اعراض الساق البيضاء هي كما يأتى : -- في خلال اليوم العاشر الى الثلاثين يشعر المريض ثقلا وتصلبا في الساق يعقبها انتفاخ يبتدئ في الكاحل ويصعد تدريجيا الى طية الفخذ · ويرافق الانتفاخ حمى قليلة تزول قبل زواله بوقت طويل ويحصل انحطاط شديد في القوى يرافقه الم وضجر · وتعالج هذه الاعراض بالراحة ورفع الرجل ولفها بالقطن واعطاء المنبهات الضرورية ·

تشخيص حمى النفاس : اهم الامور التي يرتكز عليها تشخيص المرض ·

اولا : ارتفاع الحرارة فى اليوم الثالث او الرابع وهي تتراوح بين ٣٩ — ٤ يسبقها قشعريرة برد ويعقبها عرق شديد ثم تزول الحمى ويرتاح المريض بضع ساعات ثم تتكرر

القشعريرة والحمى وفي نفس الوقت التي اتت فيه اول مرة ·
ومن الاعراض المهمة عدم مجاراة النبض للحرارة اذ تكون سرعة النبض كثيرة وحراره خفيفة ·

ثانيا : الارق الشديد ·

ثالثا : عدم استرداد الرحم حجمه الطبيعي ·

رابعا : خروج سائل ذو رائحة كريهة ثم الاعراض الخاصة بكل عضو من اعضاء التناسل كالتهاب المهبل والرحم الخ · وقد اضربنا صفحا عنها تجنبا للتطويل ·

التشخيص التفريقي قلنا ان حمى النفاس انواع ومن الصعب تفريقها عن بعضها ولكن هنا فروق مرجحة نورد اهمها : —

القسم العفني (سبريميا)	التسمم الدموي (سبتسيميا)
١— يبتدئ عقب الولادة بمدة طويلة	يبتدئ اليوم الاول او الثاني او الثالث
٢— تظهر الاعراض فجأة	تظهر الاعراض بالتدريج
٣— للسائل المهبلي رائحة كريهة	ليس له رائحة
٤— حرارة عالية ٣٩—٤٠—٤١ بميزان سنتغراد	معدل الحرارة الاعلى يتراوح بين ٣٨—٤٢
٥— لا يكون القسم الاسفل من البطن شديد الاحساس	القسم الاسفل من البطن شديد الاحساس
٦— الفحص اليدوي يكشف جلط دم كبقايا المشيمة وما اشبه	لا يكشف الفحص اليدوي شيئا
	« « « « «
٧— العاقبة سليمة	العاقبة وخيمة

وفي التسمم الصديدي يحصل قشعريرتان متتبعتان وتطول مدة الحمى ·

ومن اهم الامور التي يجب الانتباه اليها التفريق بين الملاريا وهذه الحمى فان طفيليات الملاريا تمكث في الجسم وقتا طويلا فتضعف لمقاومة حين الولادة بسبب الضغط والتعب فتغتنم الملاريا الفرصة وتعمل عملها واعراضها شبيهة جدا بهذه الحمى ويجب فحص الدم ·

واذكر انني كنت اعالج امرأة ولدت وانتابتها حمى نفاس لانني وجدت بالفحص الرحمي بقايا مشيمة واغشية فلم يحصل عندي ريب بانها حمى نفاس وقد بقيت تنتابها الحمى والعرق عشرة ايام وساءت حالتها ولما عيل صبري فحصت دمها وما كان اشد استغرابي حين وجدت طفيل الملاريا فحقنتها بالكينا وتعافت في مدة قصيرة · ان احتقان لبن الام في اليومين الاولين يسبب قشعريرة برد، وارتفاع الحرارة ، كذلك قبض الامعاء وتراكم المواد الغائطية تحدث ما يحدثه احتقان اللبن ·

من الصعب جدا التفريق بين حمى النفاس وحمى التيفوئيد وقد تشترك الاثنتان فيجب في مثل هذه الاحوال فحص الدم جيدا واستحضار زرع منه ·

ان كثرة كريات الدم البيضاء تدل على وجود حمى النفاس

واذا لم تكن هذه الكثرة والحمى شديدة الوطأة فالعاقبة سيئة · وارتفاع معدل الكريات دليل حصول عدوى جديدة وهبوطها دليل الشفاء · وعلاوة على ذلك تجد علامات انحلال الكريات البيضاء ال Polymorphonuclear المتعددة النوايا دليل الصديد · ويجب تفريق هذه الحمى عن سائر الحميات كذات الجنب والتدرن الرئوي وما اشبه ·

الانذار حسن في التسمم الدموي والصديدي وهو يتوقف على قوة مناعة المرأة وشدة العدوى وخفتها ·

المعالجة اني سأقتصر في سرد المعالجة على الاعراض الاولية واضرب صفحا عن الاعراض الثانوية كالتهاب المهبل والرحم الخ · وافيض في البحث عن احسن واحدث طريقة متبعة اليوم في اعظم مستشفيات اميركا يسير بموجبها كبار الاطباء الاميركيين فهي بيت القصيد من بحثي · تقسم معالجة هذا الداء الى قسمين الوقاية والشفاء ·

الوقاية تتوقف على المريض ومحيطه وما يختص به من لباس وفراش واواني الخ وعلى الطبيب والممرضة · يجب ان تدخل غرفة المريض الشمس وتتخللها الهواء النقي فان الغرف المظلمة المحجوبة عن الهواء التي يتطاير فيها الغبار مسرح لانواع الجراثيم وسبب لضعف المناعة الطبيعية · ويجب ان لا يترك طعام او شراب في الغرفة كي لا يتعفن ويكون مصدرا للعدوى و يجب وضع وصلة شاش مشرب بحامض الفينيك على الفرج فان المطهرات غير كافية لقتل الجراثيم المعدية فان باسلس الكزاز Tetanus يعيش ساعات في محلول السليماني بنسبة واحد الى اربعة الاف وكذلك قل عن سائر المعقمات ·

المريضة يمكن ان تتسرب اليها العدوى من الجراثيم التي تحملها على جسدها مما يحيط اعضاء التناسل والاست او من جراثيم ثيابها وفراشها ومن الوصل التي تستعمل لغسل الفرج او من الجراثيم الكامنة في المهبل وغشاء الرحم يجب ان تستحم المرأة حين الولادة وهي واقفة وهذا خير من القعود في وعاء لان الجراثيم تتسرب اليها منه ويجب ان تنظف اعضاء التناسل وما حولها تنظيفا جيدا بالماء والصابون · ويجب الانتباه التام الى افرازات المهبل وفحصها بكتريولوجيا خشية من وجود (سيلان) وما اشبه وحينئذ يجب تنظيف المهبل باحد المطهرات كالليزول والبرمنكنات وما اشبه · ويجب رفع جلط الدم من الفرج والمهبل لئلا تتعفن وتسبب التهابا ·

الطبيب يحمل العدوى على يديه وثيابه وجسده وفي حلقه وفي انفه ويجب على من يعالج مرضا معديا كالحمراء والخانوق والتيفوئيد الخ ان لا يفحص فحصا رحميا فاما ان يترك الولادة واذا كان مضطرا عليه ان يستحم قبل الفحص ويفرش اسنانه ويستعمل غرغرة الى فمه ويبدل ثيابه كلها ثم يمكث زمنا في الهواء المطلق قبل ان يشرع بالتوليد ويجب ان يلبس رداء خاصا معقما ثم يقص اظافره ويغسل يديه غسلا جيدا بالصابون والفرشاة وبعده بمحلول السليماني ثم بالالكحول واذا اضطر الى ادخال يده داخل الرحم يجب ان يلبس قفازا تمتد الى الكوع وطرق التطهير الفني معروفة ء د جميع

الاطباء فلا حاجة للاطالة فيها وما يصدق على الطبيب يصدق عَلَى الممرضة ايضا

الشفاء — يقسم الى قسمين موضعي وعمومي، فالموضعي عبارة عن تطهير الجهاز التناسلي باحد المطهرات كالليزول وبرمنكنات البوتاس وغيرهما · وقد اكتشفوا اثناء الحرب محلولا فعالا في تطهير الجروح اسمه محلول دا كن Dakin's Solution (١) وقد شاع استعماله اثناء الحرب عند كل الامم ولا يزال كثير الاستعمال اليوم في اوروبة واميركة ويستعملونه كثيرا في حقن الرحم ·

يجب ان يكون طعام المريض سائلا خفيفا كمرق اللحم واللبن واعطائه منبهات حسب اللزوم كالوسكي وما اشبه·

ويجب الانتباه الى عدم حصول القبض باستعمال الحقن الشرجية

ويستعملون المصل المضاد للجراثيم المعدية Antistreptococcic Serum ويستعملون ايضا انواع التلقيح Vaccins · وفكر البعض في تهييج الكريات البيضاء التي تبيد الجراثيم وتلتهمها، فاستعملوا لذلك انواع الامصال والتلقيح، ومن الادوية البلوكاربين Pilocarpin و لالبوز والخميرين Nuelin كذلك استعملوا حقن المصل الاصطناعي Physiological Serum بطريق الاست وتحت الجلد وفي الوريد· واستعملوا ايضا حقن البروتاركول والارجرول وكثيرون يحبذون الخراج الاصطناعي Fixation Abscess بحقن خلاصة التربنتين في الالية والبطن ومن الوسائط الجراحية قحط الرحم وهي خطرة جدا ومسحه بصبغة اليود وحقن الرحم بالمعقمات القوية وغيرها مما لا اعتقد بفائدته·

سردت فيما يقدم خلاصة المعالجة المنصوص عنها في الكتب والمتبعة في مختلف البلدان ولا اعتقد انها تفيد الفائدة المطلوبة وسأسرد الان المعالجة المستعملة في مستشفيات اميركة الكبرى ·

بينت، في بدء كلامي ان المهبل والرحم خاليان من الجراثيم المعدية وان غشاء المهبل لا تخترقه هذه الجراثيم وتخترق الرحم بسهولة فاستعمال المعقمات وجلها من المواد الاكالة مضر جدا· ما هي حمى النفاس ؟ هي عبارة عن التهاب موضعي يسري الى الدم واللمف وعلامات الالتهاب من ورم معلومة فقوة اعضاء التناسل ضعيفة في

(١) Henry Drysdale Dakin احد مشاهير الكيمياويين في نيويورك · اخترع هذا المحلول · وهو يتحضر كما ياتي -- اذب ١٤٠ غراما من كربونات الصودا الناشفة بعشر لترات ماء واضف اليها ٢٠٠ غرام كلس مشرب بالكلورين Clorinated Lime ثم خض المزيج جيدا واتركه يترسب واسحب السائل الصافي منه وصفه بالقطن وضف اليه ٤٠ غراما حامض البوريك· في مجلة الجراحة وطب النساء وفن الولادة surgery Gynocology obstetriecs عدد حزيران ١٩٢٥ ان الدكتور سولون Salwen استعمل حقن الرحم بهذا المحلول في اربع حوادث حمى نفاس فهبطت الحرارة حالا الى الدرجة الطبيعية وارتفع الم الرحم وشدة احساسه وتحسنت الحالة العمومية وشفى الاربعة· واستعمل هذا المحلول في تسع حوادث اجهاض متعفن فحصل قشعريرة برد خفيفة بعد الحقن بساعة ثم زالت الاعراض وشفي المرضى

مثل هذه الاحوال واغشيتها ملتهبة لا تقوى عَلَى المقاومة فاستعمال المعقمات يزيد التهابها ويسهل دخول الجراثيم اليها · قلت ان غشاء المهبل لا تدخله الجراثيم فالمواد المعقمة تاكل هذا الغشاء وتفسح مجالا الى دخول الجراثيم ودخول العدوى وكذلك تكوي هذه المطهرات غشاء الرحم هذا فضلا عن ان الحقنة تحمل معها انواع الجراثيم وتدفعها من الخارج الى الداخل · والقحط الرحمي من اخطر الامور فانه يعترض الى تمزق الرحم وشدة النزيف وحصول جلطة دم Thrombus وسدات Emboli وقد اجروا احصاء دقيقاً في احد مستشفيات شيكاغو الكبيرة عَلَى ثلاثة الاف حادثة عالجوا قسما منها بالهواء الطلق والشمس النقية والقسم الاخر بالمصل المضاد للجراثيم · فوجدوا نسبة الوفيات في الاولى اقل من الثانية بكثير · تامل في البدويات والفلاحات اللاتي لا تخطر عَلَى بالهن النظافة ولا يعرفن لها اسما ولا معنى، تامل في حالتهن الاجتماعية وعيشتهن الهمجية وتامل في الادوات التي يقطعن بها حبل الخلاص وتصور قذارتها وقذارتهن واحصي نسبة الوفيات بينهن من حمى النفاس تجدها اقل بكثير من المتمدنات ولا ابالغ اذا قلت من المستشفيات الكبرى المنظمة · ما السبب يا ترى انهن في الهواء المطلق في نور الشمس الساطع السبب ان القابلة لا تمد يدها الى داخل الرحم بل تنتظر خروج الجنين فتتلقاه وتقطع حبل المشيمة بسكينة البصل وتترك للطبيعة ان تدارئ خطر العدى فتقوم بهذه المهمة احسن قيام ·

فالمعالجة التي احبذ اتباعها هي ان يترك المريض وشأنه في غرفة مفتوحة النوافذ يدخلها الهواء والشمس واحناء السرير الذي ينام عليه تسهيلا لتصفية المواد الباقية ويعطى المريض خلاصة الجويدار السائلة Fluid Extract Ergot بمقدار جرعة ١٥ غراما عَلَى مرة وتعاد هذه الجرعة ثلاث مرات في الـ ٢٤ ساعة ولا يضطرب الطبيب من هذه الجرعة الكبيرة وقد عالجت مريضة اصيبت بحمى النفاس وكانت تنتابها قشعريرة برد شديدة تعقبها حمى وعرق شديد ولكن الحمى تهبط الى الدرجة الطبيعية فلم أعطها شيئا سوى خلاصة الجويدار السائلة وحنيت سريرها وكنت اضع وصل مصل اصطناعي معقم على فرجها · وفي اليوم الثالث نزل قسم كبير من الخلاص كان باقيا وهو سبب الحمى وشفيت شفاء تاما· ولا خطر من بقاء الخلاص داخل الرحم اذا لم يكن هناك عدوى ولا نزيف ويبقون الخلاص احدى عشر يوما وذكر هرصت Hirst حادثة بقي فيها الخلاص شهرا كاملا · ويجب استعمال وصل شاش معقم ومبلل بالمصل الاصطناعي عَلَى الفرج وكذلك يغسل الفرج بهذا المصل · والخص طريقة المعالجة بما يلي · —

١ — وضع المريض في غرفة يدخلها الهواء والشمس وابقاء النوافذ مفتوحة ليلا نهار بشرط عدم تعريضه للبرد والمجرى الهوائي ·

٢ — احناء سريره تسهيلا للتصفية

٣ — اعطاء خلاصة الجويدار السائلة بمقدار ١٥ غراما تراجع ثلاث مرات كل ٢٤ ساعة

٤ — طعام سائل خفيف كاللبن وما اشبه

٥ — غسل الفرج بالمصل الاصطناعي ووضع وصلا مبللة بهذا المصل على الفرج

٦ — الراحة التامة الجسدية والعقلية ومنع الناس من الاختلاط مع المريض

٩ — استعمال المنبهات عند الحاجة

ومن المستحسن اعطاء المريض بيتوترين Pituitrin فورا عقب الولادة او حقن كينا ولا يجوز التدخل الا اذا كان هناك سيلان (تعفية) فيجب معالجة المريض المعالجة الطبية للسيلان وفي حالة النزيف الشديد تصنع عملية القحط بمقحطة ذات حرف كال (غير حاد) وبعد اجراء القحط يحقن المصل الاصطناعي تحت الجلد بطريق الثدي والبطن .

هذه خلاصة الاراء في هذا الداء وتعسر الاحاطة بموضوع كهذا طويل الذيل .دبد السيل خاصة في عصر يتغير فيه العلم من حال الى حال ما بين غفلة عين وانتباهها

الدكتور
شريف عسيران

المصادر التي اعتمدت عليها في بحثي

١ — كتاب فن التوليد (اميركي) Hirst

٢ — » » » (») Delee

٣ — » » » (») King's

٤ — » » » (افرنسي) Fabre

٥ — القانون (عربي) ابن سينا

٧ — محاضرات استذ في الولادة وطب النساء في الجامعة الاميركية

٧ — دائرة المعارف في فن الولادة وطب النساء The Practioners Encyclopedia of Midwifery & the Diseases of women

٨ — معجم دورلاند Dorland

٩ — مجلة البركتشينر The Practjoner

١٠ — مجلة حرفة الطب سنة ١٩٢٤ Ars medici

١١ — مجلة الجراحة وطب النساء وفن الولادة عدد حزيران ١٩٢٥ Surgry, Gynecoology & Obstetries Vol. X L

تربية الطفل

وصايا صحية للامهات

٢

طعام المرضعة

الدكتور صائب شوكت

الخطأ العظيم الذي ترتكبه الامهات بعد الولادة هو كثرة الطعام وذلك ظنا منهن ان كثرة الطعام تزيد في افراز اللبن ولكن الحقيقة غير ذلك فان كثرة الاكل تورث سوء الهضم والقبض ووجع الرأس واختلال الشهية فينتج من ذلك طبعا تأخر ظهور اللبن في الثدي وقلة افرازه .

ففي الايام الاولى للولادة على الام ان تأخذ حمية لبنية خفيفة مع تناول قليل من الطعام الناشف كالزبد والخبز والاثمار الطرية . وتزيد في مقدار الطعام يوما فيوما حتى يمكنها ان تأكل قطعة من السمك الطري اولحم الطيور الاهلية بعد بضعة ايام .

تحس المرضعة دائما بعطش شديد فلا بأس عليها اذا شربت من الماء وغيره من المايعات غير انه يجب عليها ان تجتنب شرب المايعات الكحولية البتة . واحسن المشروبات الموافقة للمرضعة هي الماء القداح والشاي او القهوة الخفيفة .

يجب على المرضعة ان لا تأكل الاطعمة الدسمة وان تقلل من اكل اللحوم والمواد الحريفة المهيجة كالفلفل والمخللات وما شابهها .

ان شرب لبن البقر يدر اللبن في ثدي الام ولكن يجب عليها ان لاتتجاوز فيه حد الاعتدال لان كثرته تولد سوء الهضم والقبض ويحسن ان تشرب منه (٥٠٠ — ٦٠٠ غرام) يوميا . ومن الموافق تناول الطعام ثلاث مرات فقط في اليوم واجتناب الاكل فيما بين هذه الاوقات .

ماذا يعمل لمكافحة القبض

بعد الولادة ..

ان اول شيء واكثر شيء يزعج الام ويسبب اضطرابها بعد الوضع هو القبض ولذلك فالواجب مكافحته باتباع الطرق الآتية :

١ — تنظيم الدفع الطبيعي — يجب السعي لتنظيم الدفع الطبيعي واجراءه في ساعة معينة من كل يوم . سواء كان هناك احس لاحتياج التغوط ام لم يكن . ويجب الصبر والثبات على ذلك الى ان تعتاد الامعاء على حركة التغوط المنتظمة وفي ساعة واحدة من كل يوم وهذه هي احسن واسطة لمكافحة القبض والامساك .

٢ — انتخاب غذاء خاص — يجب اكل الاغذية البسيطة الجيدة ويكون من بينها اكثر تناولا على قدر الامكان : الخبز والسبانخ والخس واللفت (شلغم) والشوندر والقرنبيط

والفصولية الخضراء والفول الطري وانواع الفاكهة من تفاح وخوخ ويجب مضغ الطعام جيدا ٠

وللزيوت كزيت الحوت (دهن السمك) وزيت الزيتون والقشطة تأثير كملين على الدفع الطبيعي الا انه يجب ملاحظة عدم الاكثار منها لان كثرة استعمالها تؤدي الى سوء الهضم ٠

٣ — الاستحمام والرياضة — الاستحمام بالماء البارد صباحا هو احسن منبه للافعال الحياتية المختلفة في الجسم ٠ ولكن في هذه الحالة يجب التجنب من البرد بالاسراع في الاستحمام ٠ ثم بتنشيف البدن جيدا واذا لم يكن الشخص معتادا على الاستحمام بالماء البارد فيرجح تسخين الماء قليلا حتى فاترا ولكن يجب ان لاننسى ان الماء البارد اكثر نفعا للجسم ٠ واذا كان المستحم ضعيفا وغير متحمل على تعب الاستحمام فيستحسن ان يغسل جسده بالاسفنجة او الليفة وهو نائم في فراشه ٠

فينبغي ، اذا اريد العمل بهذه الطريقة ، ان يغسل اولا صدر المرضع وظهرها فتلبس الثياب المطلوبة ، ثم تغسل اطرافها وبهذه الكيفية يمنع حصول البرد والتعب لها ٠

ولاجل تعويد المرضعة على الاستحمام بالماء البارد وهي لم تكن متعودة عليه من قبل ، ينبغي اجلاسها في ماء ساخن ثم يصب على رأسها الماء البارد الى ان يبرد ماء الحمام فلا يمر عليها بضعة ايام الا وقد حصل لها الاعتياد المطلوب ٠

وبعد اتمام الاستحمام صباحا من المستحسن اجراء رياضة خفيفة كحركات الاطراف وحركات الصدر الى الامام والخلف وغيرها من انواع الرياضة الاسوجية ٠ ويوصي بالمشي بعد ذلك في الهواء الطلق لمدة عشرين دقيقة ٠

الاستحمام بالماء البارد كل يوم صباحا ثم (دلك) الجسم بمنشفة يابسة ثم الرياضة الخفيفة والمشي في الهواء الطلق تلك احسن واسطة لتنشيط البدن وتقويته وتأمين هضم جيد ودفع طبيعي منتظم ٠

٤ — العلاج الملين — اذا لم يكن للوسائط الصحية المتقدم ذكرها تأثير على القبض فيوصي باستعمال عشر قطرات من خلاصة القاسقارا (Extrait. fl. de cascara) قبل النوم ٠ فاذا لم يؤثر ذلك فيمكن تزييده الى ١٥ — ٢٠ قطرة واذا لم يؤثر ذلك ايضا فيؤخذ عند الصباح مقدار ملعقة من ملح الكارلسباد مذابا في الماء ويمكن ابلاغ ذلك الى ملعقتين عند الحاجة ٠ وعند حصول الانتظام في الدفع الطبيعي يترك الملح اولا ثم القاسقارا تدريجيا ٠

يجب ان لا يؤخذ اكثر من المقدار المذكور وان يجتنب اخذ المسهل والملينات الدوائية المختلفة لان ذلك يسبب اعتيادا سيئا ٠

اوقات الرضاع

الام السالمة من الامراض والتي تهضم طعامها جيدا وتاكل غذاء موافقا وتعمل الرياضة البدنية والحركات اللازمة يحصل في ثدييها لبن كاف لغذاء طفلها ونموه ففي الاشهر الاولى يرضع الطفل مرة كل ثلاث ساعات نهارا ولذلك يعطى الطفل ثدى امه لمدة ربع ساعة ٠ ويجب تعيين ساعات الرضاع وارضاع الطفل فيها ٠ واذا كان نائما عند حلول الوقت فيجب ايقاظه بصورة مناسبة ٠ فان

الرضاع المنظم في اوقات وساعات معينة ثابتة يؤثر تاثيرا حسنا في انتظام افراز اللبن في ثدي الام فكلما حان الوقت للرضاع يبدأ اللبن بالظهور من الثدى من تلقاء نفسه بمقدار يكفي لاشباع المولود ٠ وفضلا عن ذلك فان الطفل الذي يعتاد على الرضاع بانتظام وفي اوقات معينة تكون معدته مستعدة لهضم اللبن بسهولة ٠ وذلك لان الجهاز الهضمي ايضا يعتاد على اخذ اللبن في تلك الساعات المعينة وعند حلولها تفرز العصارة الهضمية منه لهضم اللبن الذي يدخله ٠

وهناك فائدة اخرى في تنظيم اوقات الرضاع وهي انتظام نوم الطفل فالطفل الذي يتغذى جيدا ويهضم جيدا يكون صحيح البنية نشيط الجسم قليل البكاء ينام بسهولة ويستيقظ في اوقات الرضاع المعينة فقط ولا يخفى ما في ذلك من الفائدة للام فانه يريحها ويغنيها عن سهر الليل وتعب النهار لاجل تسكين آلام الطفل وتنويمه ٠

ولكن الحالة عندنا ويا للاسف بعكس ذلك فان الام تاخذ في ارضاع طفلها بعد الولادة بمدة قصيرة قبل ان ان تستريح من عناء الوضع وتعبه وتعتقد ان التأخر في ارضاعه مما يسبب له الهلاك من الجوع ٠ ولكن الرضاع السريع يضر الام لانه يحدث شقوقا وقروحا في ثدييها ويضر الطفل لانه يزعج معدته الضعيفة التي لم يكن قد دخل اليها طعام ما قبل ذلك فينتج للطفل سوء الهضم مصحوبا بمغص واوجاع تؤذيه وتضيع نومه عليه وتزعج امه وجميع من حولها ٠ فيأخذ الطفل في البكاء بسبب هذه الآلام ولكن النساء لا يعترفن باخطائهن التي كانت السبب الوحيد في حصول هذه الآفات للطفل بل يقلن بل يقلن ان الطفل قد (شم رائحة) او قد (كبسته احدى النساء) او يجدن سببا آخر يعللن به بكاء الطفل واضطرابه ٠

وعندما يكبر الطفل قليلا ترضعه امه الجاهلة كلما حكمت ارادتها وشاء هواها فهي تظن ان كثرة ارضاعه تزيد قوة ونشاطا مع ان ذلك يؤثر في افراز اللبن فيختل نظامه ويحصل تلبكات للطفل في الهضم ٠ فيسوء الهضم ويعقبه المغص والوجع الشديد فيزيد بكاؤه وتعتل صحته وتختل راحته ٠ فكلما بكى الطفل ارضعته امه لاسكاته وكلما ارضعته زادت في الآمه فتسوء العاقبة وتنتهي الى حصول اسهال شديد او مرض هضمي آخر ٠ فتطبيق الوصايا الصحية برمتها والاعتناء بارضاع الولد وتربيته يجعل الطفل ينمو نموا صحيحا فيكون صحيح البنية هادئا نشيط الحركة ذا لون نقي ووجه ناضر فيزداد وزنه باطراد وانتظام ٠ فالبيت الذي يكون فيه وليد كهذا تخيم فيه الراحة والسكون والسعادة للابوين والاقربين ٠

يجب ان يكون الرضاع معتدلا فكثرته وقلته مضران على السواء ٠ وان لا يعطى للرضيع غذاء ما عدا لبن امه وذلك حتى يبلغ الشهر التاسع من العمر ٠ وينمو الطفل ويزيد وزنه بانتظام فيما اذا كان لبن امه كافيا له وفي هذه الحالة لا حاجة لاعطاءه غذاء آخر ٠ ولكن اذا كان لبن الام اقل من ان يقوم بحاجة المولود فيمكن اذ ذاك تطبيق الرضاع الصناعي كما سنذكره فيما بعد ٠

واكبر ضرر على الطفل ان تشرب الام مشروبات تحتوي على الكحول مهما كان نوعها وسواء اعطيت لها

لغاية دوائية او غيرها . فالكحول من اشد السموم تأثيرا على خلايا الطفل الطرية . لانه يفرز توا مع لبن الام ولدى ارضاع الطفل يكون قد انتقل اليه مع اللبن فيسبب تسمم كليتيه وخرابها .

الفطام

يختلف وقت الفطام تبعا لاختلاف البلاد وذلك بسبب تباين الاحتياجات المدنية والاجتماعية فيها . فالام في البلاد الاوربية ليست مطلقة في ارضاع طفلها كما هي الحالة في الشرق لان للنساء هناك موقفا اجتماعيا ولهن وظائف مدنية تضطرهن الى اختصار الرضاع وتقصير مدته .

اما المؤلفون فان آراءهم متباينة في هذا الخصوص فالمؤلفون الفرنسويون يرون لزوم اطالة زمن الرضاع وابلاغه الى ١٥—١٨ شهرا في حين ان الافكار في البلاد الانكليزية والاميركية والالمانية على عكس ذلك .

على ان الحد الموافق للرضاع هناك يجب ان يكون ١٠—١٢ شهرا فاذا طال اكثر من ذلك ادى الى ضياع قوة المرضعة وتمكن الضعف منها لان الغذاء الذي يحتاجه الطفل بعد بلوغه هذا السن ليس من السهل تداركه في لبن الام .

ولما كان الطفل في هذا السن يكون له جهاز هضم قوي يتمكن به من هضم بعض انواع الطعام وخاصة اللبن البقري لهذا يمكن استغناء الطفل عن لبن امه قليلا او كثيرا والتغذي ببعض تلك الاطعمة .

وهناك ضرران يمكن ان ينتج من تأخير الفطام وهو تعود الطفل على ثدي امه اذا بلغ السنتين من عمره اذ يبدأ يدرك ما يدور حوله ويحس بالتحولات التي تطرأ على حياته وحينئذ يصعب الفطام عليه كثيرا .

ولا ضرر من الفطام في الوقت المذكور اذا عرفت الام كيف تعمل القواعد والوصايا الصحية اللازمة واهم شيء يجب عمله في الفطام هو تعليم الطفل وتعويده على بعض انواع الطعام ولبن البقر بالتدريج وعند ما يبلغ الطفل الشهر التاسع يبدأ باعطائه قليلا من الغذاء الناشف كقطعة من الخبز مثلا فانها تفيد في تحريك الفك والعضلات المضغية وفي افراز اللعاب .

ومن المستحسن اعطاؤه ايضا قطعة عظم عليها قليل من اللحم ليدلك بها اسنانه ويحرك فكه فتقوي عضلاته المضغية ويزيد لعابه . ولهذه الافعال فوائد اخرى منها تزييد وتنشيط الدوران الدموي في الفم وتسهيل نمو الفكين والعضلات الماضغة وتسهيل بروز الاسنان .

يجب ان لا يفطم الرضيع في موسم الصيف اذا صادف ذلك وقت فطام بل ينبغي تأخيره الى الخريف لان الحر كثير الضرر في حيات الطفل وطعامه .

اما في بلادنا فمن المستحسن اتباع الاصول الافرنسية وارضاع الطفل حتى الشهر السادس عشر او الثامن عشر من عمره ولكن يجب ان يبدأ منذ الشهر التاسع باعطاءه بعض الاطعمة الخفيفة وبالاخص الاطعمة النشائية كانواع الخبز ومطبوخ البطاطا او الارز ويوجد مستحضرات عديدة عملت خاصة لهذه الغاية . ولكن يجب الانتباه والدقة حين استعمال هذه المواد في تغذية الاطفال لانها تتغير بسرعة في البلاد الحارة كبلادنا .

فاذا الف الطفل الطعام قليلا فيمكن اذ ذاك تقليل

عدد الرضعات شيئا فشيئا والاستعاضة عن لبن الام بلبن البقر فالغاية من هذا كله تهيئة الطفل للفطام وعدم احداث تغيير فجائي في غذائه .

وقبل ان نبدأ بتعريف الرضاع الصناعي نود ان نذكر الخلاصة الاتية :

الرضاع الصناعي مهما كان نوعه وشكله لا يعطي الطفل ولا الام الفوائد التي تأتيهما من الرضاع الطبيعي ومن المستحيل اصطناع اللبن البشري خارج الجسم البشري . اللبن البشري خلق خصيصا من اجل الطفل المولود وهو حق من حقوقه الاساسية . والام التي تمنع عن ولدها اول حق اكتسبه في حياته تكون اكبر مسيئة اليه . ومن الممكن تحويل لبن بعض الحيوانات الثديية لجعل تركيبه شابها لتركيب اللبن البشري ولكن من المستحيل ان يكتسب خواصه واوصافه المفيدة .

لا شيء يماثل لبن الام الذي ينزل مباشرة من ثديها الى معدة طفلها انه لبن جديد نقي ذو سخونة كافية ومجرد من الجراثيم المرضية فلبن البقر الذي هو اكثر صلاحا من غيره من الالبان لغذاء الطفل يحتوي على كمية من الزلال تعادل ثلاثة اضعاف ما يحتويه لبن البشر .

والزلال الموجود في لبن البقر يتشكل عند تخثره كتلات جبنية كبيرة بعكس زلال لبن البشر فانه يتشكل قطعا صغيرة وتلك الكتلات الكبيرة المتشكلة من زلال البقر تحدث سوء الهضم والاسهال فهي اذن غير صالحة للطفل وعدا ذلك انها تتعب الكليتين وتحملها عبئا ثقيلا لان الكليتين خلقتا لافراز السموم التي تحصل من تغير المواد الزلالية في البدن وطردها الى الخارج مع البول وكليتا الطفل الرقيقتان الضعيفتان هما عاجزتان عن ان تتحملا من التعب ثلاثة اضعاف ما يجب ان تتحمله في بدء فعاليتها فعلى الام ان تعلم ذلك . واذا لم يظهر عجز واعياء في الكليتين في سن الطفولة فلا بد من ظهورهما فيها حين التقدم في السن فالذي يزرع في زمن الطفولة يحصد في الكهولة .

للبحث صلة

هندسة الدور الخصوصية
فى العاصمة
(وتأثيرها على الصحة)

الدكتور سامى شوكت
مدير صحة العاصمة

يظن البعض ان اقليم البلاد الحارة جعل ان تكون هندسة دور السكنى عندنا هي غير هندسة الدور الاوربية المدنية المغطاة — والحقيقة ان التجارب الاخيرة التي قام بها بعض المهندسين الفنيين من بناء دور مغطاة في العاصمة شبيهة للدور الاوربية اتت بنجاح باهر واظهرت فساد النظرية السابقة — فالدور عندنا في العاصمة الان هي اشبه بدور الفلاحين التي يعبر عنها (بالجماعة) اي عبارة عن غرف تبني حول فناء مربع او مستطيل ولا تتجاوز الطابقين — وفي هكذا دور غالبا ما تنحصر الاستفادة من الشمس والهواء لفناء الدار فقط واما الغرف فاغلبها تبقى محرومة من الشمس وجريان الهواء هذا من جهة واما من الجهة الثانية فتكون حرارة الدار متفاوتة الدرجة بصورة مريعة جدا مما يتعذر عَلَى الساكن فى هكذا دور ان يخرج من غرفته في ليالي الشتاء ويقضي بضعة دقائق خارج الغرفة كما انه يصعب عليه جدا ان يخرج في ايام الصيف الحارة من غرف الصيف الموجودة في الطابق التحتاني للدار ويقضي بضعة دقائق خارجها ومن ثم ان الساكن في هكذا دور لو اراد الاستحمام في حمام داره في ايام الشتاء يصعب عليه الانتقال من غرفة الحمام الى غرفة المنام وذلك كله لتفاوت درجة الحرارة مابين الغرف المغطاة ووسط الدار المكشوف حيث ان فى ليالى الشتاء التي تنزل درجة الحرارة التي ما تحت الصفر ٢ — ٥ سانتغراد في وسط الفناء نرى درجة حرارة الغرفة المغطاة والمسخنة في النار وسائر الوسائط التسخينية تتراوح بين الـ ٢٠—٢٥ درجة ما فوق الصفر في درجة سانتغراد والجسم البشري الذي يعرض خلال بضعة ثواني او دقائق من برودة تحت الصفر خمسة الى حرارة ما فوق الصفر (٢٥) او بالعكس من درجة حرارة فوق الصفر (٢٥) الى برودة تحت الصفر (٥) لا شك من انه يكون معروضا لخطر الامراض التنفسية والنزلات الصدرية المتنوعة والروماتيزم وغيرها من الامراض التي واقفة للوجود بالمرصاد وتنتظر حدوث ضعف وتبدل آني في الجسم للاستيلاء عليه ونشب مخالبها فيه — وان اكثر اسباب امراض ذات الرئة التي كثيرا ما تنتهي بالموت بين الشيوح والاطفال هو عرض الوجود عَلَى هكذا درجات متفاوتة جدا من الحرارة والبرودة تبلغ في اغلب الاحايين ال (٣٠) درجة سانتغراد وفي ذلك ما فيه من الاضرار الصحية البالغة والضياع في الانفس وعدم نوال الاستراحة والرفاهية الصحية داخل الدار ولذلك اني ارى من الحتم لصحة اهالى

العاصمة ان تتبدل طرز ابنية الدور الحاضرة وان يكون انشائها في المستقبل على قاعدة الدور الاوربية المغطاة باستثناء تام لا يحتاج تغير وهوان يجعل سقفها مسطح كسطوحنا الحاضرة وليس مائل كسطوح الدور الاوربية وذلك للاستفادة منها في ليالي الصيف لاجل النوم - - وعَلَى شرط ان تكون جهتين من جهات الدور الاربعة عَلَى الاقل غير متصلة بدور اخرى اي تكون حرة وطلقة وذلك ليعطى مجالا لنفوذ النور والهواء الى داخل الدار واظن ان اصلاح العاصمة باجمعها عَلَى هذا الطرز من الصعوبة بمكان وتحتاج الى عشرات من السنين ولذلك ارى تشجيع الحكومة وتسهيلها لاصحاب رؤوس الاموال والشركات الفنية لبناء عاصمة جديدة قرب مدينة بغداد على الطراز المذكور اعلاه هو اقرب للنجاح من التشبث باصلاح العتيق وترك العاصمة العتيقة للاشغال التجارية والصناعية كما اني اود بهذه المناسبة ان اجلب انظار الدقة الى نقطة اخرى مهمة في طرز انشاء الدور عندنا وهي جعل السقوف وتكوينها من سطحين متوازنين مما يبقي بينها بطبيعة الحال مسافة واسعة لا يقل ارتفاعها عن العشرون سانتيمتر وربما بلغ في بعض الاماكن الخمسون سانتيمتر وهذه المسافة طبعا تكون ممتدة عَلَى طول السقف لا يدخلها نور ولا هواء وليس لها منفذ او مدخل ليتمكن الناس من تنظيفها وكنسها وتطهيرها بل انما تبقى هذه المسافة مغطاة وممدودة من ساعة تسقيف الدار الى ساعة خرابه وربما امتدت المدة بين هاتين الساعتين اكثر من عصرين وخلال هذين العصرين تضحى هذه المسافه المعتمة الخندسية مأوى ومركزا وعشا للفيران والعقارب والوزغ والعناكب والافاعي والخنافس والنمل وسائر ما يمكن ان يعيش من الحشرات والهوام في اقليم كاقليم العراق ولو كانوا هؤلاء الحشرات والهوام اتخذوا هذه المسافة مسكنا لهم وتمتعوا بحرية السكنى والالتجاء ولما تعرضوا لاصحاب الدار الحقيقيين وهم البشر باذى لما كان احدا تعرض لهم ونشبت بزعزعة عيشهم ولكن ياللاسف ان هؤلاء الحشرات والحيوانات لا يكتفون بالتمتع باستراحة السكنى والرقود بل انما يضطرون في كل حين عَلَى الخروج من وكرهم هذا طلبا للرزق او بقصد التنزه فيحدث من هذا الخروج كثير من الاضرار الوخيمة والمهلكة عَلَى اصحاب الدار الحقيقيين فمثلا تسبب الفارة الساكنة في سقف البيت حصول مرض الطاعون المهلك لاهالي الدار بسبب البراغيث العديدة التي تحملها بين طبقات شعر جلدها وبسبب الوزغ حصول مرض الاوقسيور كما ان الخنافس وسائر الحشرات التي تتمشى على الاقذار تمشي في الوقت ذاته عَلَى المأكولات التي يتركها اصحاب الدار او ينسوها مكشوفة فتولد لهم مختلف الامراض التي تنتقل من الاقذار للبشر وناهيك عن الشعور الذي يستولي على الانسان اذا ما وجس افعيا ممدودا لجانبه في الفراش او عقربة تدبي على فخده وناهيك كذلك عن الوقائع الفجيعة التي تحدث من لدغ هكذا حشرات وحيوانات مسمة للبشر ·

وسبب جعل السقوف عندنا عَلَى سطحين هو عدم وجود الاخشاب المستديرة والمستقيمة في العراق فيضطر البناؤون عندنا عَلَى تسقيف السقوف باخشاب معوجة ومحدودبة مما تكون منظرا غير جيدا فيضطرون بطبيعة

الحال لاجل ستر مناظر هذه الاخشاب المعوجة والمقوسة عَلَى تغطيتها بالواح خشبية مستقيمة او بطبقة من الكاس حيث تساعد للدهونات والاصباغ والنقوش فيحدث من جراء ذلك المسافة التي بسطنا حكايتها في الاسطر السابقة وتصبح مركزا لهذه الهوام والحيوانات التي هن منبع بلاء عظيم عَلَى ساكن بغداد الا ان ارتباط العراق اخيرا بالبلاد الصناعية والمدنية وخاصة باوربا والهند بواسطة الطرق التجارية البرية والبحرية خففت كثيرا من هذا الاحتياج وجعلت امكان جلب الاخشاب المتدبرة والمستقيمة امر ميسور كما انها جعلت امر استيراد القضبان الحديدية كذلك من السهولة بمكان فعليه لا حاجة لاهالي العراق من الان وصاعدا عَلَى جعل وانشاء سقوفهم من طبقتين كما كانوا يفعلون منذ ربع قرن . ولذلك صرت ترى الابنية في يومنا هذا في عاصمة العراق يبني القسم الاعظم منها ويسقف بقضبان الحديد الذين يوصلون بعضه بالاخر بالاجر والكلس مما يتكون من ذلك طبقة واحدة صلبة مكونة من الحديد والكلس والاجر مما يستحيل عَلَى اي حشرة او دودة تعيش داخلها وعلى سطحها وذلك تكون البيوت الجديدة والمنشأة عَلَى هذا الطراز سكناها موافق للصحة اكثر من البيوت القديمة الهرمة .

وثم اود ان الفت النظر الى نقطة اخرى من الاهمية بمكان وهي لزوم اعتناء الاهالي بمحافظة ذخيرتهم ومأكولاتهم التي يذخرونها في البيت بصورة لا تعطي مجالا لان يتعيش فيها غيرهم من الفيران او الحشرات وذلك لا بخلا وضنا عَلَى هؤلاء الفيران والحيوانات بل لاجبار هذه الحيوانات عَلَى الرحيل من سكنى الدار واستيطانها اماكن اخرى حيث الحيوانات التي تجد الطعام والظل والامان في دار يستحيل عليها ان تتركها من تلقاء نفسها كما ان يصعب على السكان محاربة هذه الحيوانات وطردها من دورهم في الوقت الذي تكون فيه هذه الحيوانات مالكة عَلَى امنع الحصون واصعبها فتحا واقتحاما وهي المسافات البين السقوف التي اشرنا اليها سالفا ولذلك تضطر الاهالي هنا ان تشارك الفيران والحشرات في سكناها وطعامها وشرابها وعليه اني ارى محاربة الفيران بطريق وضع السم لها وصيدها بواسطة المصيدات والقطط والكلاب ليس له سوى فائدة جزئية ولكن اصل محاربتها واتلافها ينبغي ان يكون اولا تبديل طرز الانشاآت ثانيا بحفظ المأكولات بمخازن واواني مقفلة ومغطاة ومحكمة السد تماما بحيث يتعذر عَلَى هكذا حيوانات التسلط عليها والاستفادة منها ولذلك اني ارى طالما اتصلنا بالهند اضحى عَلَى هذا الوجه من الالتصاق بحيث اصبحنا مع الاسف نجلب حتى فواكهنا وخضراواتنا من هذه المقاطعة الغنية حتى بفيرانها وامراضها التي لا تنقطع عنها الطاعون في اربعة مواسم السنة لا يمكن لنا بوجه من الوجوه ان تتخلص من مرض الطاعون مالم نتخلص من الفيران الساكنة في دورنا حيث ان اقليم العراق لا يساعد لنمو البراغيث وسائر الجراثيم خلال اربعة مواسم السنة كما هي الحالة في الهند بل بالعكس ان شمسه المحرقة في الصيف و برده الشديد اليابس في الشتاء كاف لاتلاف ومحق البراغيث والجراثيم المرضية التي تنتاب البلاد في مواسم الربيع والخريف لذلك اذا تمكنا من عدم ادخال جرثومة مرضية جديدة من الخارج

فامراض العراق تسهل مكافحتها وابادتها بطبيعة الحال هذا من جهة واما من الجهة الثانية فاننا يصعب علينا ان نبيد الفيران ونطردها من بيوتنا مالم تصلح طرز انشاآتنا اولا ونمنع هذه الحيوانات من ان تشاركنا في اطعمتنا التي نذخرها في البيت فالفارة عندما تفقد مساكنها في الدور وغذائها في المخزن تهجر المدنية بطبيعة الحال وتذهب عَلَى حيث شاءت من البراري والبساتين . كما اني اوصي كذلك باصلاح حالة مذاخر الطعام الكبيرة في العاصمة وجعلها بشكل يمنع نفوذ الفيران اليها والتغذي بمحتوياتها ومثلا جعل محيطها وارضها من الزنك او السمنت الذي يصعب عَلَى الفار حفره ونبشه وذلك لتأمين الغاية نفسها الذي سبق ذكرها .

وثم توجد نقيصة صحية اخرى في دورنا اود الفات النظر اليها وبذل السعي لازالتها وهي وضعية الابار والمراحيض والبلاليع في هذه الدور . ان استعمال مياه الابار المجاورة للمراحيض والبلاليع سواء كان للشرب او لسائر الاستعمالات البيتية مضر ومخطر من نقطة نظر حفظ الصحة مالم يتأكد فنيا بان لا يترشح شيء من مواد المراحيض والبلاليع الى مياه البئر ونظرا لطبيعة اراضي العاصمة المساعدة للترشح فان من الصعب جدا ان نتصور ان محتويات المراحيض والبلاليع عندنا لا تترشح الى مياه الابار وخاصة بعد ان نتأكد من ان مياه دجلة تترشح الى ما وراء المدينة والى مسافات تبعد عن ساحل الشط باكثر من الف متر وبعد ان نتأكد ان المسافة التي تفرق بين المراحيض والبلاليع والابار داخل البيوت لا تزيد عن بضعة امتار وخاصة بعد ان نعلم ان كثير من الميقروبات المرضية المخطرة (كالتيفو والدوزنتيري والقوليرا) يمكنها ان تعيش في وسط مرطب دافئ كالبلاليع والمراحيض بضعة اسابيع وحتى بضعة شهور يتجسم لدينا حينذاك خطر ومهالك استعمال مياه الابار ونتأكد من لزوم تركها والسعي للتخلص من مضارها ان مرض التيفو عندنا هو مرض بلدي ولا يمر شهر من اشهر السنة بدون ان تحدث من هذا المرض عدة وقوعات في العاصمة وكذلك مرض الدوزنتيري — والسبب المهم في ذلك هو استعمال مياه الابار من قبل اهالي العاصمة لا لاجل الشرب — حيث ان اكثر مياه آبار العاصمة مالحة الطعم لاحتوائها عَلَى مقدار عظيم من السوديوم والمغنيزيوم وما يشابهها من الاملاح المعدنية — بل لاجل الاستعمالات البيتية وسبب استعمال الاهالي لمياه الابار هو عدم تعميم مياه المضخات المعقمة والصالحة للشرب حيث اذا لاحظنا ان في بغداد يوجد (٢٠٦٦٧) دار وما يقارب الـ (٤٠٠٠) دكان وخان واوتيل وقهوة الخ . من الاماكن العمومية وان من هذا العدد الذي يبلغ الـ (٢٤٦٦٧) فقط (٩٠٠٠) دار مجهزة بمياه المضخات و (١٥٦٦٧) دار ومكان عمومي يستعمل مياه الابار لاجل الاحتياجات البيتية اتضح لدينا جسامة الاخطار المعروضة اليها سكان العاصمة قاطبة ولذلك اني احث من يهمه الامر بلزوم الاسراع في اكمال نواقص تجهيز واسالة المياه الى جميع دور العاصمة وسائر اماكنها العمومية كي يتسنى لهذه الدائرة عند اكمال هذا المشروع الحيوي ان تتخذ الترتيبات لسد جميع الابار في العاصمة ومنع استعمال مياهها وبعد اكمال

مشروع الماء يقتضي ان لا يهمل مشروع القاناليزاسيون وهو اخراج جميع الاقذار والاوساخ السائلة البشرية بواسطة قنوات وانابيب خارج المدينة وعدم تركها تتفسخ وتنحل تحت الاماكن التي نسكن فوقها — حيث اننا اليوم لو نظرنا الى ما تحت السوية الترابية للعاصمة بقدم واحد لرأينا انفسنا جالسين فوق بقع من السيان والاوحال القذرة الغائطة البشرية حيث مواد غائطة وادرار واطراحات وافرازات (٣٠٠٠٠٠) نفس يوميا ندخرها تحتنا ولا نخرج منها شيئا الى خارج العاصمة وهذه الحالة تتكرر كل يوم ولا شك — فبناء عليه ان ارض العاصمة اليوم هي اشبه بمستنقعة في منتهى الكراهية والقذارة الا ان فرقها الوحيد عن سائر المستنقعات التي نشمئز من الاقتراب اليها هو ان سائر المستنقعات مكشوفة الوجه ومستنقعتنا هذه مغطاة بطبقة من التراب لا يزيد ثخنها عن القدم الواحد — وان مضرات هذه الحالة جسيمة جدا حيث اولا ان كل مرحاض في الدار هو منبع لانواع الامراض الحمية السارية والمنتنة ثانيا ان كل بالوعة ومرحاض كذلك هما منبعان جسيمان لافساد الهواء وجعله غير صالحا للتنفس هذا من الوجهة الصحية فقط عدا الوجهة الاجتماعية والمدنية التي ترفع وتنزه البشرية من ان تسكن في اماكن تتصاعد من داخلها ومن حواليها روائح الاقذار والسيان ليلا نهارا — وبناء عَلَى ذلك ان من اهم الواجبات الصحية والمدنية للعاصمة الاسراع في تشكيل مشروع القاناليزاسيون ٠

ونظرة واحدة الى الجدول الاخير تبرهن لنا عَلَى ان مرض الدوزانتيرى والتيفو هما ملازمان لنا ويهدد اننا في كل وقت وحين طالما توجد في بيوتنا مداخر للغائط والسيان وطالما نستعمل مياه الابار ٠

	اصابات التيفو		اصابات الدوزانتيري	
سنة ١٩٢٤	الرصافة	الكرخ	الرصافة	الكرخ
كانون الثاني	٣	—	١	—
شباط	٦	—	—	—
مارت	٣	—	٢	—
نيسان	١٠	—	١	٢
مايس	٣	٣	٨	—
حزيران	٣	—	١	—
تموز	٥	١	٤	٣
آب	٦	—	١	—
ايلول	٨	١	١	—
تشرين اول	٥	١	-	—
تشرين ثاني	١	١	١	—
كانون اول	٧	—	٢	—
المجموع	٦٣	٦	٢١	٥

وارجو ان لا نعتبر اعداد هذين الجدولين اعداد المرضى الذين اصيبو بالتيفو والدوزنتيرى في العاصمة خلال سنة ١٩٢٤ — لا ٠ بل ارجو ان نعتبر هذه الاعداد هي اعداد المرضاء الذين اصيبو بالتيفو والدوزنتيري في العاصمة خلال سنة ٩٢٤ والذين عرضوا انفسهم لمعالجة الاطباء المأذونين فقط اما الذين اصيبو بهذه الامراض ولم يراجعوا الاطباء لمداواتهم عَلَى اقل تخمين اربعة امثال الاعداد المدونة اعلاه — وبناء على ذلك اذا ضربنا

الاعداد المدونة اعلاه باربعة امثالها يظهر ان ما يقارب الاربعمائة نفس من نفوس العاصمة تذهب سنويا ضحية لهذه الامراض التي منشئها المهم هي المراحيض والبلاليع والابار ٠

ان ذهنية العامة عندنا تعتبر تحصيل جميع العلوم والصنائع والفنون ينبغي ان تكون وراثية ويتقلدها الحفيد عن الاب والاب عن الجد وهلم جرى — ولا تعتبر الرجال الذين يحصلون على علومهم وفنونهم في المدارس الراقية كرجال جديرين بان يقوموا باعمالهم التي درسوها واختصوا لها ولذلك نرى الاهالي عامة ترجح ان تبنى دورها عند البنائين الاميين على المهندسين الاختصصيين وان تاخذ رأى الفلاح القديم في امور الزراعة بدون الالتفات الى رأي المهندس الزراعي العصري وكذلك في امور الطبابة فانها تعتبر وتقدم الشيوخ والمشعوذين والمتطببين على الاطباء المأذونين وسبب ذلك كله انها قد نست مدارس الشرق وعلومه واختصاصييه وكيف كانو يتخرجوا من مدارسهم ويستلموا زمام تمشية امور الاحتياجات العامة قبل بضعة عصور فصارت ترى المدارس امور مستحدثة والعلوم العصرية اشياء غريبة وخاصة اذا جائتها هذه النظم والعلوم كلها من الغرب وبدون من يكون لها سابق اتصال او علاقة بهما فطبعا تستغرب من كل مستحدث ومن كل ما هو غير مألوف وغير وطني عندها ومن هنا تنشأ كل العوامل التي تبعدنا عن ما جاء به قرن العشرين ٠ الا ان الحكومة يمكنها ان تغض الطرف عن كل ابتعاد او استغراب تبديه العامة تجاه ما جاء به القرن العشرين من علوم وفنون وصنائع حيث كل ذلك لا يؤثر الا في اقتصاديات الشخص او استراحته ورفاهيته ولكنها لا يمكنها ان تغمض عينها بوجه من الوجوه تجاه ميل العامة الى المشعوذين والدجالين من المتطببين وابتعادهم عن الاطباء العصريين وعن ما يأمر به علم الطب في قرن العشرين نظرا لتأثيراته الصحية والحياتية الوخيمة ولذلك تري الحكومة قد سكتت تجاه البنائين القدماء والفلاحين العتق الا انها لم تسكت تجاه المتطببين والمشعوذين القدماء فقد سنت نظاما في ١٩ نيسان ١٩٢٣ ورقم هـ د — ٩٢٢ منعتهم به من الاشتغال والتطبب بتاتا وبذلك فسحت الحكومة رجال العمل للاطباء المأذونين ولهيئة الصحة من ان يطبقوا ما تأمر به العلوم الطبية في القرن العشرين حيث قبل هذا النظام كانت حيثية الطبيب الفني والمشعوذ الابتر في نظر العامة متساوية وكثيرا ما كان المشعوذ يتجاوز على حيثية الطبيب ويهين شرف صنعته ووقار مهنته ومسلكه ناهيك عن المداوات الغير صحيحة التي كانوا يطبقونها عَلَى المرضاء وما تولد من المضار الحياتية والصحية العظيمة وما تولده مداواتهم من اخطار سراية الامراض بين مرضاهم وبين اهالي البلد لجهلهم مبادئ الباقتيريولوجي والافعال الحياتية للميقروبات ٠ واني اثبت برابوري هذا قائلا ان الحكومة بموافقتها على نظام منع المتطببين من الاشتغال بالتطبب قد افادت صحة الاهلين افادة عظمى لا تقدر — ومن الجهة الاخرى عند ما رأت الاهالي ان ليس هناك متطبب يمرضهم اضطروا بطبيعة الحال الى مراجعة الاطباء الفنيين ومركز الصحة الرسمية وبذلك صار يزول بالتدريج التوحش المتمركز في ذهنية العامة تجاه الطب العصري والتداوي العلمي الفني وذلك يظهر من الاعداد العظيمة المبينة في الجداول المخصوصة للمرضاء المراجعين الى مراكزنا ٠

المقتبسات

عن المجلة الجراحية الامريكية :

تكوين السرطان الانتقالى بالتجربة في ثدى الكلب وتكوين الابثيلوما في الانسان بواسطة حقن متتابع بمكروكوك جرد من سرطان الثدى البشري

(تتمة المقال)

٢

جون نوزوم · ام · دي

شيكاغو

الحقن التجربى فى الفأر

تعريب
الدكتور هاشم الوترى
والدكتور توفيق رشدى

قبل تدوين نتائج توليد عقدات الورم في الرئتين والكبد والطحال والكلى في الفأر الذي حقن مرات متوالية بالميكروكوك المأخوذ من سرطان الثدي البشري يحسن ان نذكر مجملا الاعمال التي اجريت فيما يختص بتوليد السرطان في الفأر بواسطة القطران

يرجع الفضل في توليد السرطان بواسطة القطران الى ماهو معلوم عن المشاهدات السريرية من ان السرطان مستعد للنمو عَلَى اثر نوع مخصوص من تهيج ينتج من التماس المستمر مع القطران او هباب الدخان (سرطان عمال القطران) و (سرطان كناس المداخن)

وقد نشر (يانباجيوا) و (وايشيكاوا) في عام ١٩١٨ نتائج وضع القطران على اذن الارنب بصورة مستمرة ، فقد حدث عن ذلك في الجلد آفات حليموية وقرحوية انتهت بحدوث ابقيابوم (سرطان) الاجربة الشعرية · وقد تسرب هذا الورم الخبيث الي العقدات اللمفاوية في ثلاث من الحيوانات · وقد استخدم (تسوتسوى) وهو احد تلاميذ (يامباجيوا) الفأر لاجل توليد السرطان بالقطران لان التجربة اقرب الى النجاح مع هذا الحيوان لاستعداده الى السرطان بالقطران واستخدم ٢٥٩ فأرة في التجارب السبعة التى عملها فمات منها مائة واثنان وتسعون قبل انتهاء مائة يوم وعاش ٦٧ منها اكثر من ١٠٠ يوم · وقد ظهر في ١٦ منها اورام كارسينومية وفي واحد منها ساركوم وقد شوهد انتقال الورم الى الرئة في ٢ منها ودوّن (فيبيجر) و (بانج) من نفس النتائج مالا يدع مجالا للشك في ان السرطان يتولد في البعض من الفئران التي طلي جلدها بقطران الفحم على شرط ان

يكون التهيج الناتج عن فعل هذه المادة مستمرا الى زمن كافٍ ·

وقد ايد (موري) و (فوجلام) هذه النتائج بصورة دقيقة وعجيبة جدا ، فانهما اخذا ١٩٠ فأرة يبلغ عمر كل منها ٣ الى ٦ اشهر وازالا الشعر من ظهورها بواسطة عجين يحتوي عَلَى كبريتات الباريوم بنسبة ١٠ في المائة ثم طليا هذا القسم بقطران الفحم بصورة متوالية ولمدة طويلة · فكان الكثير من هذه الحيوانات قد مات بامراض اعترضته اثناء التجربة · وشوهد في ثلاث وعشرين من الفئران حدوث سرطان منسوج من خليات كرسينومية متقلسة قد اعتراها تغيير قرني خفيف · وقد امكن نقل السرطان من ثلاث فئران مصابة الى اخرى سالمة ·

وقد ابدى (دلمان) ملاحظة مهمة مفادها ان اجتماع بعض العوارض الخارجية مع الطلاء بالقطران مما يقلل المدة الطويلة المقتضية عادة لحدوث السرطان · فشرط ظهر الفأر قبل ان يطليه بالقطران في ايام متعاقبة لمدة اسبوع ثم استمر في الطلاء بالقطران لمدة شهر ثلاث مرات في كل اسبوع بدون تشريط فكان مجموع مرات الطلاء بالقطران ١٦ فقط وبنتيجة ذلك ظهر في خلال ٥ او ٦ اسابيع ورم بايلومي يسير سيرا خبيثا اي في زمن يساوي ربع مايقتضي منه لحدوث الورم فيما لو كان بدون تشريط ·

واخيرا اشار (بلوك) و (درايفوس) الى ان الطلاء متواليا بجزء معين من قطران الفحم المقطر مما يسفر عن نتائج باهرة · اذ انهما تمكنا من احداث سرطان خبيث في مدة اربعة اشهر بواسطة القطران المقطر · وقد شوهد انتقال هذا السرطان الى العقدات اللمفاوية والرئة ·

وقد اجاد (ارفين سميث) في تلخيص اعمال سرطان القطران حيث قال :

ان طلاء الفئران بالقطران يستدعي حدوث جرح مكشوف يدوم كثيرا وهذا الجرح يسمح بدخول جميع انواع الانتانات : فاذا وجد فيما يجاور هذه الحيوانات طفيلات السرطان فانها تجد في الجرح مسكنا ووكرا مناسبا لنموها · فالفكر الذي يستخلص من اختبارات سرطان القطران التي طال الكلام فيها ، هو ان توليد السرطان بواسطة القطران مما يحتاج الى الصبر والجهد العظيم · والنجاح في هذه المسئلة امر لا ينكر ولكن لو فرض ان القطران وحده قد سبب حدوث السرطان ، لكانت النتائج الناجحة في تلك الاختبارات اكثر مما حصل عليها · وهذا مايسوقنا الى تعليل حدوث السرطان باسباب اخرى من غير القطران · · · اذاً ماهو السبب المحرض الذي يدعوا الى تكوّن السرطان؟ فقد ظن في بعض الحالات ان ذلك السبب هو احد المهيجات كشعاع رونتجن او هباب الدخان او قطران الفحم او البرافين او افرازات بعض الديدان وهذه المواد هي من المهيجات ولكن لم يبرهن احد الى الان انها الاسباب الاصلية لحدوث السرطان · ثم لو فرضنا انها اسباب للسرطان فانها لم تكن كذلك الا فى احوال نادرة واما الوراثة فلها دخل في حدوث السرطان ولكن فعلها ينحصر في ايجاد تربة صالحة لنمو الورم فقط وذلك باضعافها بعض قوى الجسم

الدفاعية كما تكون في السل فلا يجوز اعتبارها اسبابا مباشرة للسرطان ٠

وارى نفسي مضطرا للتسليم بان جميع الحقائق التي توصلنا اليها الى الان تشير الى احتمال كون السرطان ينشأ عن ميكروب طفيلي ٠ ومما يستلفت الانظار ويفيد فائدة علمية هو ان الطلاء بقطران الفحم مهما تعدد فلا يؤول الى حدوث السرطان ٠ واذا حدث فانه لا يعم جميع الساحة المطلية بهذه المادة المهيجة ، بل انه ينمو في ساحات صغيرة ينفصل بعضها عن بعض وهو في كل منها يسير سيرا خاصا به كما لو كان هناك فعل انتاني٠

تلقيح الفأر بالميكروكوك المأخوذ من سرطان الثدى البشري

قداخذنا لاجل هذه التجربة ١٢٤ من الفئران تتراوح اعمارها بين ٣ و ٦ اشهر وهي من نسل غير مصاب بالسرطان وقسمناها الى ثلاث فئات ثم حقنت على الوجه الاتي:

لقحت بالميكروكوك الفئة الاولى — وهي مؤلفة من ٣٤ فأرة — بطريقة (دلمان) بعد ازالة الشعر من منطقة التلقيح وتشريطها وابلغ عدد التلقيح الى ٣٥ و٦٢ مرة

ولقحت الفئة الثانية ايضا بالميكروكوك بعد ازالة الشعر ولكن بدون تشريط وهي مؤلفة من ٤٠ فأرة ٠

والفئة الثالثة وهي مؤلفة من ٥٠ فأرة من الفئران البيض قد لقحت بزرع الميكروبات العقدية (استربتوكوك) الصديدية والميكروبات العنقودية البيضاء (استافيلوكوك) ولم يجر تلقيحها بمكروكوك السرطان المزعوم فمات كثير من هذه الحيوانات بتسمم الدم وامراض اخرى اعترتها اثناء التجربة ولكن لم يحدث السرطان في اي كان من فئران هذه الفئة الثالثة المؤلفة من ٥٠ فأرة والتي لقحت كرارا بزرع الميكروبات الصديدية العادية فى مده تبلغ نحو خمسة اشهر ٠

الآفات الظاهرية والآفات المجهرية

اذا لقح ميكروكوك السرطان متواصلا ومنتظما فانه يؤول الى تكاثر الحليات الابتيلية تكاثرا شديدا بفحص النسيج الذي في موضع التلقيح بالمجهر في ازمان مختلفة يظهر ان تكاثر الخلايا البشرية لا يقتصر على خلايا الحليمات الغائرة فقط بل يشاهد ايضا نمو منحي في بشرة الاجربة الشعرية مصحوبا بتثخن النسيج الضام في الطبقة التي تحت الجلد ويظهر تحت الادمة عدد كبير من اوكار منعزلة مكونة من الخلايا البشرية واللمفومتية ٠

ومما يستلفت الانظار في عملية التلقيح التي ذكرناها آنفا هو ان السرطان قد تكون في حيوانات الفئة الاولى والثانية لاننا قد لقحناها بالميكروكوك المعلوم ولم يتكون في الفئة الثالثة وان السرطان في حيوانات الفئة الاولى الملقحة بحسب طريقة (دلمان) او بعبارة اخرى بتشريط الجلد قبل التلقيح قد ظهر (السرطان) اسرع مما في حيوانات الفئة الثانية ٠ فشوهد في حيوانات الفئة الاولى على الجلد المتهيج بعد تلقيح دام ٦) اسابيع حدوث ثآليل عديدة يتراوح حجمها بين راس الدبوس وطرفه وقد تلاشي كثير من هذه الثآليل الدقيقة وتحول القسم الآخر منها الى قروح سطحية مستوية تشبه قرحات الجرب واما التلقيح في حيوانات الفئة الثانية المؤلفة من ٤٠ من

الفئران فقد اسفر عن تكون قروح سطحية ذات حوافي مرتفعة صلبة وقاعدة حبيبية ولكن لم يتكون سرطان جلدي ابتدائي خبيث في اي من هذه الحيوانات ٠ واما الافات الشبيهة بالسرطان كالثآليل وتقرن البشرة والقرحات الجلدية المنتشرة فانها كانت موجودة في الغالب٠

وصفوة القول فقد شوهد حدوث السرطان في ١٢ فأرة من مجموع فئران كلا الفئتين الاولى والثانية الذي يبلغ ٧٤ فأرة وهذه الاثنى عشر فأرة قد ماتت بعد ٣ الى ٦ اشهر من ابتدا التجربة ووجد فيها عقدات السرطان منتشرة في الرئة والكبد وقليلا ما عثر عليها في الطحال والكلى٠ وتظهر هذه العقد بيضاء سنجابية اللون منتشرة في الرئة او الكبد وتكون في بعض حالات اخرى عقدات ورمية محدودة تماما يتراوح حجمها بين رأس الدبوس وحبة الحمص ٠

وبالفحص المجهري يرى ان هذه العقدات تشتمل على مجموعات من خلايا جديدة التكوين يحتوي كل منها على نوات تتلون بشدة وترتيب هذه الخلايا حول القصبة الهوائية وتتعدى على جوهر الرئة وقد تكون منتشرة ومتميز بعضها عن بعض فينمو كل منها على حدة محدثا ورما مستقلا حول كل وعاء دموي جديد التكوين وكثيرا ما كانت نواه هذه الخلايا في حالة الانقسام وقد شوهد في ثلاث من الفئران استيلاء الخلايا على العقدات اللمفاوية المجاورة للقصبة الهوائية ٠ ولما كان من الصعب البت في طبيعة هذه الخلايا الجديدة التكوين، فمن الاوفق ادماجها في الوقت الحاضر في صنف الاورام الحبيبية او اللمفاوية٠ هذا ما شوهد في فئران الفئة الاولى والثانية التي لقحت بالميكروكوك واما فئران الفئة الثالثة التي يبلغ عددها ٥٠ من الفئران فكانت قد لقحت بزرع الميكروبات العقدية والعنقودية لذلك لم يظهر فيها السرطان ولكن حدث فيها خراجات منحصرة ومنتشرة ادت الى تسمم الدم وهذا كان سبب هلاكها ٠

التلقيح التجربى فى الكلاب

قد انتخبت لعمل هذا التلقيح عشر كلبات مجهولة النسل والعمر ولها اثداء ضخمة ثم اخذ زرع الميكروكوك الذي جرد من سرطان ثدي الانسان وزرق منه مرتين في الاسبوع مباشرة في اسناخ جوهر الثدي عن طريق الحلمة بواسطة محقنة (لاوار) مجهزة بابرة دقيقة فحدث على اثر الزرق التهاب حاد في الثدي ٠ وقد يحدث في بعض الاحيان ان تتكون هناك خراج تخلف ورماً مديا اوقرحة وذلك حينما يزرق من الميكروكوك زرقة كبيرة وكان من الممكن توليد التهاب مزمن في الثدي خلالي اوغدى كيسى اذا احسن اتقان تنظيم مقادير الحقن والفترات التي تتخللها ٠ فقد حقنت العشر كلبات في ١ نوفمبر ١٩٢١ واستمر الحقن ٦ اشهر تتخلله فترات مختلفة المدى وكان قد مات منهن خمس في موسم الشتاء بالتهاب الرئة والقصبات وظهر السرطان في اثداء اثنين من الخمس كلبات التي بقيت وقطعت منه اجزاء في ازمان مختلفة لاجل الفحص المجهري ٠ ففي احدى هذه الحيوانات شوهد كرسينوم معلق سريع النمو مرتكز على الاثداء الخلفية يظهر انه ناشئ من التهاب مزمن في الثدى كيسى اوغدي ٠

فالتجارب التي عملت في هذا الصدد قد اسفرت اجمالا عن حدوث السرطان في ٢ من الخمس كلبات التي استطاعت ان تعيش بعد التجارب الى مدى ٣ اشهر واكثر . وقد ماتت احدى هاتين الكلبتين بنتيجة سرطان ابتدائي في ثديها مصحوبا بسرطان منتشر في الجسم . واما الاخرى وكانت حاملة فقد انتج فيها استمرار الحقن ورما نما سريعا طالما هو ملازم للحمل ثم تلين بغتة وتراجع تاركا الكلب محصنا عن تأثير الحقن التالية واما في الثلاث كلبات الباقية فلم يظهر سوى التهاب الثدي الحاد اوالمزمن .

وقد وجد (جود باستور)ورما خبيثا ذاتيا في ثدي ٥٠ جثة لكلاب ماتت طاعنة في السن وحقن الميكروكوك الذي استخرجه من هذا الورم فى اثداء كلاب سالمة فكانت النتيجة ان حصل التهاب حاد في الثدي تحول تدريجا الى التهاب كيسي مزمن وحدث السرطان في احد هذه الكلاب . ويغلب عَلَى الظن ان هذا السرطان انما كان وليد الالتهاب المزمن الذي في الثدي . ولدى قطع جزء من هذا الورم وفحصه بالمجهر في ازمان مختلفة يظهر فيه كثير من الآفات القريبة من السرطان .

ومن سوء الحظ ان اراء الباثولوجين قد تضاربت كثيرا فيما يختص بماهية هذه الآفات القريبة من السرطان وفيما اذا كان التهاب الثدي يجعل الكلب مستعدا للسرطان .

ومع ذلك فان (دلبست) يرتأي ان التهاب الثدي ناتج عادة عن عدوى سببها الميكروبات العنقودية البيضاء ويعتقد ايضا ان ذلك الالتهاب لم ينشأ دائما عن السبب المذكور ويدعي بان الميكروكوك تدينسل من القنيوات اللبنية وبذا يبلغ فصيصات الثدى . وقد ايد (افنين) هذا الادعاء مستندا الى ماشاهده من التغيرات النسجية التي تدل عَلَى زعمه دلالة واضحة عَلَى ان هناك عاملا للتغرش قدمر من بين الاسناخ ولم يكن ذلك العامل سوى الميكروكوك المذكور .

وما عدا ذلك فقد ذكر (افنين) في كتابه المسمى (امراض التصنعات الجديدة) انه شاهد آفات بليغة قريبة من السرطان او كرسينوما صغيرا في نصف مجموع الاثداء التي استؤصلت من اجل امراض كيسية اصابتها . وقلما وجد السرطان في الثدي بدون ان يكون مصحوبا بالتهاب مزمن في الانسام التي تطيف بنسيج الغدة .

وقد فحص (لانتال شانل) قطع عدد كبير من الاثداء المصابة بتلك الامراض الكيسية وحكم اخيرا بان هذه هذه الامراض انما هي بمثابة قواعد يرتكز عليها السرطان بصورة غير محسوسة .

السرطان الجلدى التجربى فى الانسان

من الممكن توليد السرطان في جلد البشر بحقن زرع الميكروكوك الذي جرد من سرطان ثدي الانسان واليك مثالا يوضح ذلك :

ج . ف . رجل في السبعين من العمر يشتغل بالفلاحة وادخل الى مستشفى (اوجوستانا) في ٢٥ من شهر يناير ٩٢٤، وكان في شهر حزيران من سنة ١٩٢٣ قد اصيب بآفة جلدية متفلسة فى خده باسفل العين اليمنى . وعلت هذه الافة قشرة سقطت وتكونت مرارا حتى اصبحت الافة قرحة عز شفاؤها . وعلى ذلك قد اشار عليه طبيبه ان يعرض نفسه للتداوي باشعة الراديوم ففعل ولكن هذا

التداوي لم يحدث اثرا شفائيا فى الافة الا لمدة وجيزة اخذت بعدها بالاتساع وكان الاستمرار في التداوي بالراديوم مما دعا الى تحريض تلك الافة عَلَى النمو .

وكان الرجل شيخا تام الخلقة ووجد عَلَى الشعبة اليسرى من فكه الاسفل ندبة تدل عَلَى ان الفك المذكور قد ستر في هذا القسم بالجلد بعملية الغرس . وبعد مرور سبعة اعوام استأصل (آ . جي . اوكسنر) في هذا المحل كرسنيوماً ذا خلايا متفلسة بعد ان بقي في حالة شفاء الى حد التاريخ .

وكان هذا الكرسينوم عبارة عن قرصة بحجم الدولار كائنة باسفل العين اليسرى وفوق كهف (ايغمور)ولها حافة عقدية متصلبة وقاعدة حبيبية وهي ملتصقة قويا بالنسيج الذي تحتها .

وقد استؤصلت هذه القرحة الخبيثة حتى النسيج السالم بواسطة الكيّ بعد تخديرها بالاثر وشوى قاعها بحديد محمى وضع عَلَى الجدار العظمي من كهف (ايغمور)

وحقن للمريض مدة نقاهته في المستشفى ثلاث مرات اسبوعيا من زرع الميكروكوك المأخوذ من سرطان ثدي الانسان والمستنبت في المرق واستمر الحقن من ١ فبراير سنة ١٩٢٤ الى ١٧ حزيران من تلك السنة فكان مجموع الحقن في خلال تلك المدة (٦٢) مرة .

فظهرت في موضع الحقن المتوالية تآليل عديدة بحجم رأس الدبوس واحمر الجلد وتفلس وتضخم وبعد ٩٠ يوما من التلقيح ظهرت كتلة ورمية جاسية (*) برزت من تحت جلد الاربية وقد استحالت الى قرحة ذات قاع اروح (*) حبيبي وحافة عقدية مرتفعة وبقطع جزء محدود من حوافي القرحة يشاهد تكثر بليغ في خلايا الطبقة القاعدية التي في الجلد مع بروز الثنية الحلمية الى اسفل لتكوين اعمدة ارتشاحية واوكار من خلايا بشرية غير نموذجية . وبعد اربعة اشهر ونصف استؤصلت هذه الافة بواسطة الكيّ الى حد النسيج السالم وبالفحص المجهري نرى ان الافة تشتمل عَلَى سرطان بشري نموذجي من نوع (الآكانتوما) بخلايا بشرية مسطحة ومتفلسة مرتبة غالبا عَلَى هيئة اعمدة ارتشاحية تغور في دعامة (**) كثيفة من النسيج الضام وان قد شفيت تلك الافة ولم يزل صاحبها سليما في الظاهر ومواظبا على اشغاله .

فيتضح من هذه التجربة ان تلقيح الميكروكوك المستخرج من سرطان ثدي البشر قد احدث سرطانا جلديا في شخص كبير السن حيث انه كان تربة صالحة للتلقيح بدليل انه كان قد اصيب فيماسلف من حياته بالسرطان اصابة ذاتية ويجب ان نفهم واضحا ان السرطان التجربي انما حدث فى جلد طبيعي من الاربية اي في قسم لم يشاهد فيه السرطان قبلا وعلاوة على ذلك يتضح من حكاية ماضى المريض انه كان بيئة صالحة للتلقح لضعف حصانته ضد السرطان .

* * *

يستنتج من الدراسة البكتريولوجية العميقة التي دامت ست سنوات انه يوجد في السرطان ميكروكوك ينتمى

Hard (*)

Shallow (*)
Stroma (**)

الى طائفة الميكروبات العقدية (استربتوكوك) وهو يوجد في البدن المصاب بسرطان الثدي سواء كان في ارتشاحه في العقدات اللمفاوية المجاورة او في العقدات الجلدية . وقد جرد هذا الميكروكوك من سرطان ابتدائي في الثدي لا يكاد يبلغ بعده السانتيمتر الواحد . وقد امكن ايضا الحصول على زرع نقي منه بتجريده من حالة سرطان حاد حديث العهد جدا قد دب في ثدي امرأة مرضع وكان من السهل استنبات هذا الميكروكوك في وسط زرعي مكون من سائل الجبن المغطى بالبترول الصلب او زيت البرافين او في وسط مكون من الدكستروز والمرق ومجرد عن الهواء قسرا .

وفي خمس من الكلبات قد حقن الميكروكوك في اسناخ غدة الثدي عن طريق القنوات الحلمية فاسفر ذلك عن موت ثلاث منها وفي الاثنين اللتين استطاعتا ان تعيشا الى زمن كاف بظهور نتائج التجربة فقد حصل كرسنيوم اصلي في الثدي . وقد تراجع هذا الكرسنيوم في احدى هتين الكلبتين . واما في الاخرى فقد انتج رواسب ثانوية عمت جميع الجسم وسببت هلاكها .

وقد امكن توليد سرطان نموذجي بخلايا متفلسة في رجل طاعن في السن مصاب قديما بالسرطان وذلك باجراء حقن متوالية من هذا الميكروكوك .

وهناك اختلاف في تفسير نتائج هذه الحقن واراد البعض ان يعلل حدوث السرطان بتهيج مزمن غير نوعي يفعل في الانسجة ولكن الحقيقة الواقعة التي لا يمكن انكارها هي ان السرطان الاصلي قد احدث تجربة في الكلاب والبشر باجراء حقن متوالية من الزرع النقي للميكروكوك الذي يوجد دائما في سرطان الثدي البشري .

يتضح مما اسلفنا امكان توليد السرطان بواسطة التهيج المستديم الذي يحدثه البكتريا في بدن الشخص المستعد له . ونؤمل ان تكون هذه المساعي باعثة لتحريك همم الغير للبحث عن الميكروكوك الموجود في السرطان الحديث لثدي الانسان الذي اعتبره الجمهور عقيما .

أمراض المبادلات الغذائية

الديابطس

للاستاذ الدكتور ف . اومبر — برلين

٢ . الاستعداد للديابطس ومعرفته

(تعريب الدكتور هاشم لوتري)

قد ذكرنا في تقدم ان الديابطس في الانسان عبارة عن تشوش في المبادلات الغذائية ، اي تغيير مرضي يطرأ على تكوين المواد الهيدروكربونية وخزنها ، وتحللها وتصريفها وهو يؤول الى تزايد السكر في الدم واطراحه مع الادرار . ومن الواضح ان ذلك التشوش في المبادلات الغذائية لا يحصل دفعة واحدة بل انه يجب ان يكون وجوده في بادئ الامر بدرجة طفيفة فيكون البدن اذ ذاك مصابا بالديابطس الخفي دون ان يكون هناك زيادة في مقدار السكر الدموي او بول سكري وهي الاعراض التي بوجودها يتم انكشاف المرض . فلا بد اذاً ان يتقدم ظهور الديابطس نوع من تشوش غير محسوس في سير مبادلات المواد الهيدروكربونية يبقى كامنا في البدن الى ان تطرأ عليه اسباب مختلفة مضرة فتحيله الى ديابطس ظاهر . ولا يخفى ان فعل هذه الاسباب يقتصر على اظهار الاستعداد الموجود فقط لذلك لا يجوز اعتبارها كاسباب مباشرة الديابطس فيستطيع اى مرض اوحادث مضر يصيب البدن ان يكون يوما سببا لانكشاف المرض الذي بقي مختفيا الى تلك الآونة .

فاذا ضعفت المبادلات الغذائية الهيدروكربونية في بدن شخص ما وهو ما نعبر عنه بالاستعداد للديابطس وظل هذا الشخص بعيدا عن المؤثرات التي تظهر المرض فمن الجائز اذاً ان يبقى المرض في بدنه كامنا طول حياته بدون ان يشعر به والمواد السكرية تؤثر في بدن هذا الشخص تاثيرا سيئا فالمقدار الذي لا يكاد يكون له اثر في البدن السليم يؤدي الى المبادلات الغذائية الهيدروكربونية التي في بدنه ومن ثم يؤول الى اطراح كمية وافرة من السكر مع الادرار

ومعرفة الاستعداد للديابطس مما له اهمية عملية عظيمة جدا . اذ يتوقف عليها نجاح المعالجة . فاذا تيسر انكشاف الاستعداد لهذا المرض في شخص ما فمن السهل ايقافه عند حده منذ بداية الامر بالنصائح الصحيحة التي ترشد المريض الى اتباع ما ينفعه واجتناب ما يضره

والوسائل التي يمكن اتخاذها عند البحث عن الاستعداد للديابطس هي كما يلي :

طريقة (نونين) : ياخذ الشخص فطورا مركبا من ربع ليتر لبنا مع القهوة و٨٠ — ١٠٠ جرام خبزا ويعطى له بعد ساعتين ١٠٠ جرام من السكر العنبي فاذا اوجب هذا العمل اطراح كمية من السكر العنبي مع الادرار يجب حينئذ اعتبار الشخص مستعدا للديابطس فاذ لم يظهر السكر مع الادرار فلا يحق لنا ان ننفي وجود الاستعداد لانى قد شاهدت ان هذا التفاعل قد اسفر عن نتيجة سالبة عند تطبيقه على شخص مصاب

بالديابطس بعد ان عولج علاجا ناجعا . وشاهدت نفس النتيجة مرة في طفل كان يشكو قبل بضعة اسابيع من ديابطس وخيم مصحوب بالآسيدوزيس (التحمض)

وهناك طريقة اخرى للبحث عن الاستعداد وهي ان ياكل الشخص مقدارا وافرا من النشاء فاذا ظهر السكر مع الادرار دل ذلك دلالة اكيدة على وجود تشوش في المبادلات الغذائية الهيدروكربونية اي على وجود الاستعداد

ويوجد طريقة ثالثة هي اوثق من الطريقتين السالفتين يصح الاستناد اليها في تشخيص الاستعداد وهي التي احدثها (بانج) وتبنى على تعيين مقادير السكر في الدم في ازمان مختلفة وتوضيح هذه المقادير في خط بياني بشكل منحن وهذه الطريقة دقيقة جدا وترشدنا بالضبط الى ما يتخلل البدن من التشوشات في المبادلات الغذائية الهيدروكربونية سواء كانت كامنة او في مبدأ ظهورها

اننا نعلم اليوم ان مقدار السكر في الدم يرتفع على اثر اخذ السكر عن طريق الفم حتى فيما لو كان البدن سالما من التشوشات الغذائية وكنا نعتبر قديما ان ارتفاع مقدار السكر في الدم لا يتم بدون ان يصحبه بول سكري ولكننا قد شاهدنا بانفسنا حتى في الاصحاء ان مقدار السكر في الدم يرتفع الى ٠،٢٦ في المائة على اثر اخذ كمية وافرة من السكر العنبي بدون ان يظهر السكر في البول (M. Rosenberg م . روزنبرج) كما ان غيرنا من المؤلفين قد شاهدنا نفس الحالة ولكن اذا اجرى تحليل الدم في البدن السليم مرة في كل نصف ساعة ورسمت النتائج في خط بياني نجد ان سير اختلاف مقادير السكر الدموي تتبع خطا منحنيا واحدا يصح ان يكون نموذجا لمقارنته بامثاله في حالة المرض وقد اجمع على ذلك في الايام الاخيرة رأي جمهور كبير من الباحثين . يختلف ارتفاع مقدار السكر الدموي وسيره بحسب مقدار المواد الهيدروكربونية التي تؤخذ عن طريق الفم وبحسب سرعة امتصاصها . فعندما تزيد ادخالات السكر العنبي عن الـ ١٥٠ جرام يتولد قاعدة البول السكري حتى فيما لو كان البدن صحيحا وحينئذ يرتفع مقدار السكر في الدم الى ثلاثة اضعافه في الحالة الطبيعية .

فاذا اعطي لشخص سالم البدن ١٠٠ جرام من السكر العنبي عن طريق الفم وبعد فطوره بساعتين ، يرى ان كمية السكر في الدم ترتفع الى ضعف ما تكون في حالة الصيام ثم تهبط بعد ساعتين الى ما كانت عليه . وكمية السكر المعتادة في الدم عند الصوم تتراوح بين ٠،٠٨ و٠،١٣ في المائة ومع ذلك فلا يكون بول سكري .

وقد اعطي زميلي (م . روزنبرج) الى عدد كبير من الاصحاء ١٠٠ جرام من الدكستروز بعد فطورهم بساعتين ورسم متوسط ما شاهده من التحول في مقدار السكر الدموي في منحن خاص

ان العلو والسرعة في ترفع الخط في تلك المنحن يدلان على درجة قابلية الكبد في تثبيت الجليكوجين (Zooamytie) ودرجة حساسية فيما يختص بافراز السكر (Glykopoese) ويدلان ايضا على ان دوام ازدياد السكر الدموي تابع بسرعة استهلاك السكر في العضلات (Glykochrese) والامتداد تاثير التنبه المتعرض لافراز السكر .

يتضح اذاً ان زيادة السكر الدموي ليست نتيجة بسيطة لانتقال المواد الغذائية الهيدروكربونية من القناة الهضمية الى الكبد كما كنا نظن سابقا وذلك لان ارتفاع السكر في الدم يتم بسرعة اكثر مما يقتضي لذلك الانتقال — وذلك بظرف ٥ — ١٠ دقائق بعد تناول السكر — ولان الزيادة الحاصلة في السكر الدموي تربو على مقدار السكر الداخل الى البدن ولم تكن هناك نسبة بين المقدارين . وهذا ما يسوقنا طبعا الى نبذ الفكرة القديمة وتعليل تزايد السكر الدموي بحدوث (تهيج) في الاعضاء المكونة للسكر مسبب عن المواد الغذائية الهيدروكربونية الداخلة الى البدن . وهذا التهيج اما ان يسري فعله الى المراكز العصبية السمباثوية بطريق الدم واما ان ينتقل عن الاثنى عشر الى وريد الباب مباشرة بواسطة الافرازات الداخلية التي تصدر من البنكرياس والامعاء الرقيقة . وهذا ما يوضح لنا شدة ترفع السكر الدموي في الاشخاص التي تكون اعصابها السمباثوية سريعة التنبه . فالسكر الدموي في مثل هؤلاء الاشخاص يرتفع على اثر التهيج الحاصل من اكل المواد الزلالية التي تعمل هي ايضا على تكوين السكر وقد اشار زميلي (روبيتو) و (فاربلا) الى نقطة مهمة وهي ان السكر اذا حقن في الشرج ينتفي فعله في احداث زيادة في السكر الدموي لان دخول السكر عن طريق الشرج مما يحدث في ذات الوقت هبوطا في المقدار الذي في الدم . ويحدث نظير ذلك عند حقن السكر داخل الاوردة . ويمكن تعليل البول السكري الذي يتكون عند دخول السكر الى البدن عن طريق غير طريق الفم بان السكر اذا لم يؤخذ من الفم كما في زرقه داخل الوريد او حقنه تحت الجلد فانه لا يمر عن الكبد ليحيله الى ذرات مماثلة التركيب الخلايا بل انه يبقى في البدن غريبا عنه من حيث التركيب فيطرح مع الادرار . قد تكلمنا الى الان عن النتائج التي تحدث عند تزييد مقدار السكر الدموي في الاصحاء .

واما في المصابين بالديابطس فان اشباع الدم بالسكر يسفر عن نتائج تخالف ما في الاصحاء كل المخالفة . فان سير اختلافات مقادير السكر الدموي في ازمان مختلفة يرسم هنا منحنيا يرتقي الى درجة اعلا مما يكون في الدم الطبيعي ويمكث عند هذه الدرجة الى زمن اطول فهو يبلغ اقصى درجة علوه في مدة ساعة ونصف او ساعتين في حين انه في الاصحاء يكون في هذه المدة قد اتم دورته وتراجع الى النقطة التي ابتدأ منها .

وعدا ذلك فقد ظهر لنا بالاختبار انه يوجد نسبة طردية وان تكن غير كاملة بين وخامة التشوشات الغذائية في الديابطس وامتداد بقاء الخط في اعلا نقطة يبلغها اثناء سيره في المنحني او بتعبير آخر امتداد بقاء اعظم مقدار يبلغه السكر في الدم . وعليه فان ازدياد مقدار السكر الدموي بنتيجة الغذاء يساعدنا على اكتشاف الديابطس حتى فيما اذا كان كامنا وغير مصحوب بالبول السكري كما يدل على ذلك المثال الاتي :

ان رجلا في الخمسين من العمر قد زار المستشفى وهو يشكو من تصلب الشرايين وعدم كفائة العضلة القلبية وقبل ١٥ سنة كان المريض قد اصيب بديابطس خفيف لم يكترث له وقد شفي على زعمه طول زمن الحرب لذلك لم يتبع المريض في غذائه اي حمية كانت . والان لم يظهر

فيه البول السكري مع الغذاء المعتاد والكلي كانت سالمة ولم يظهر فيها من التغيرات المرضية حتى في فتيح الجثة سوى علامات الركوة وكان مقدار السكر الدموي في حالة الصوم يبلغ ٠٫١٦ في المئة ويرتفع بعد ساعتين من الفطور الى ٠٫١٨ في المائة وعند اعطاء الدكستروز وتحليل الدم مرة في كل ساعتين شوهدان مقدار السكر في الدم بالغ متواليا ٠٫٣٥١ و٠٫٣٤ و ٠٫٤٠ و٠٫٣٦ ٠ وعند ذلك حصل بول سكري خفيف دام ٢٧ ساعة وكان مجموع ما اطرح من السكر مع البول يبلغ جرامين ٠

وبهذا تقرر ان المريض لم يشف تماما بل ان تشوش المبادلات الغذائية بقي في بدنه بدرجة خفيفه وظل كذلك مدة طويلة بدون ان يطرأ عليه في حياته مايدعو الى انكشاف البول السكرى ٠ فبهذه الوسيلة يمكننا ان نتنبأ قبل ان يظهر البول السكري عن امكان حدوث الديابطس يوما ما بصورة وخيمة في الابدان المستعدة لهذا المرض ويمكننا حينئذ ان نتخذ التدابير اللازمة لشفاءه قبل ان يستفحل امره ولمثل هذا التنبأ قيمة عملية عظيمة عند تعيين مصيرا الشخص المولود من ابوين مصابين وراثيا بالديابطس وتوصيته باتخاذ الوسائل الواقية المفيدة ٠

ويوجد حالات يشاهد فيها اطراح قليل من السكر مع البول يقع بين وقت وآخر في حين ان مقدار السكر في الدم يكاد يكون طبعيا وهذا البول السكري ليس تابعا لكثرة اكل المواد الهيدروكربونية ويسمى (بالبول السكري السليم) (والكلوي) ٠ واذا فحص دام الشخص في هذه الحالة بعد اعطائه مقدارا من الدكستروز ، يرى ان ازدياد مقدار السكر في الدم يرسم منحنيا لا يكاد يختلف عن الذي يحصل في الحالة الطبيعية بالرغم عن وجود بول سكري واضح يبلغ عدة جرامات ٠

يتضح اذا ان طريقة البحث المبنية على تزايد السكر الدموي الغذائي هي في التشخيص اكثر قيمة من التي تبنى على البول السكري الغذائي ولكن تطبيقها يسبب ضياعا كبيرا في الوقت وفي مواد البحث الكيماوية ٠ واماطريقة (بانج) المعروفة باسم (الميكرومثود) فانها تستخدم في المختبرات التي بناط بغرف المرضى وهي من اوثق الطرائق المتخذة في هذا الباب الا انها تحتاج الى اعمال دقيقة جدا ومواد كيماوية في غاية من النقاوة وشروط دقيقة اخرى لا يتيسر الحصول عليها دائما ٠

ويقال اجمالا ان الاستعداد للديابطس ينتقل الى الشخص بالوراثة واذا كنا اليوم نعلل الديابطس الحقيقي بتناقص افرازات البنكرياس الداخلية فلا يمنعنا ذلك من التصور بان الاستعداد الوراثي انما هو ناشئ عن تثاقل خلقي في وظائف الجهاز الجزيروي الذي في البنكرياس ٠ فاذا اشتد الاستعداد كان ذلك باعثا لازدياد عدم كفاءة الجزيرات الموجود خلقة ومما يزيد في عدم الكفاءة ايضا تزايد حجم البدن ٠ اذ ان حجم البدن وافرازات البنكرياس الداخلية يتصلان بصلات متقابلة (Allen) وبهذا يفهم جيدا ان تزايد حجم البدن بالتشحم مما يؤل الى اظهار عدم كفاءة الجزيرات من الخفاء والى بروزها بشكل بول سكري ديابطسي ٠ وهذا ما يوضح لنا العلاقة الوراثية المعلومة بين البدانة والديابطس ٠

ويوجد ايضا مثل هذه العلاقة الوراثية بين النقرس والديابطس ٠ وقد شاهدت حتى سنة ١٩١٣ خمسة عشر مصابا بالديابطس في ٢٧٨ حالة من حالات النقرس وليس لدينا ما يوضح هذه العلاقة ولكن من المحتمل ان يكون في المراكز الناظمة للمبادلات الغذائية تشوه خلقي ينتج عنه انواع التشوشات الغذائية المختلفة بحسب ميل تلك المراكز فيكون تارة النقرس وتارة الديابطس

الاستعداد للديابطس او بمعنا اخر

« الضعف الولادي في مبادلات المواد السكرية » وهو ما عول عليه (نونين) في تعليل الديابطس تختلف آثاره في البدن بحسب السن ٠ فتشتد وطأته كلما صغر سن الشخص المصاب بالديابطس واما اذا كان الشخص المستعد للديابطس متقدما في السن ولم يظهر فيه البول السكر بعد فان استعداده يعتبر سليما ولا يتكشف الديابطس في بدنه بسهولة مهما تعددت الاسباب المهيجة ٠

واذا دب الديابطس في الطفل الرضيع وهو مايقع كثيرا ولكن قلما يجري تشخيصه فان ذلك يدل على شدة الاستعداد الذي فيه ويستطاع القول بوجه عام ان الديابطس كلما بكر حدوثه كان ذلك دليلا على شدة الاستعداد الولادي وفي العائلات التي يستولي عليها الديابطس وراثيا ترى ان المرض يتفشى باكرا في انسالها المتوالية وكلما توالت الانسال يزداد المرض وخامة ٠

ويتوقف نجاح التداوي على سرعة اكتشاف عدم كفائة الجزيرات في البنكرياس لانها نظرا للافكار السائدة في هذه الايام تعتبر اسبابا للديابطس ٠

الشؤون

خلاصة وقائع الامراض السارية

في العراق

في شهر تموز ٩٢٥

المرض	المحل	الاصابات	الوفيات
	العمارة	١٢	—
الجدري	بلدروز	١	—
	البصرة	١	—
	خانقين	٤	١
الخناق	بغداد	٥	٥
التهاب السحايا	بغداد	١	—
الدماغي الشوكي	الموصل	١	١
	اربيل	١	—
	سامرا	١	١
حماء التيفوئيد	الموصل	٥	٣
	النجف	٤	—
	بغداد	١٢	١
	العمارة	١	—
	السليمانية	١	—
الحمى القرمزية	خانقين	٣	—
الكزاز	بغداد	١	—
	الديوانية	١	—
الجذام	الناصرية	١	—
	البصرة	٣	—
	بغداد	٢	—
	كربلا	٢	—

المرض	المحل	الاصابات	الوفيات
	الشنافية	١	—
	العمارة	١	—
	خانقين	١	—
	المنتفك	١	—
السل الرئوي	الموصل	٩	٨
	السماوة	٩	٣
	اربيل	٨	٢
	الكوت	٢	١
	كربلا	٩	٤
	الحلة	١	—
	العمارة	١	—
	خانقين	٢	—
	بغداد	٢٥	٣
	البصرة	٧	—
	الناصرية	٢	—
	الديوانية	٢	—
	الصيرة	١	١
	الحي	١	—
	ابو صيدة	١	—
	شثاثة	١	—
الحصبة	بغداد	٢٨	١١

المرض	المحل	الاصابات	الوفيات
	كفري	٢	—
	كركوك	١	—
	كربلا	١	١
	موصل	١	١
	ابو صيدة	١٤	—

المرض	المحل	الاصابات	الوفيات
داء النكفة	الناصرية	١	—
	سوق الشيوخ	٢١	—
	العمارة	٢	—
	الفلوجة	٨	—
	الناصرية	١	—

المرحوم الدكتور كامبل

نعت الينا الاخبار وفاة الدكتور كامبل طبيب الميناء في البصرة صباح يوم الاربعاء في ٢٢ تموز ١٩٢٥ الساعة الثامنة ونصف زوالية على اثر مرض قد اعتراه منذ بضعة اسابيع ·

بدأ هذا المرض بتسمم غذائي شديد دام بضعة ايام ثم زال وبينما كانت صحته في تحسن مستمر اذ نكس المرض بخلط مهلك وهو التهاب الاوردة في الساعد الايسر وسوادة في المخ وفلج الطرف الايمن ·

فسأت حالته الصحية بعد ذلك ولم تتمكن بنيته من مقاومة هذه الافات العضوية الشديدة ففارق الحياة وهو في الثانية والاربعين من عمره·

كان الدكتور كامبل لطيف المعشر، حسن الاخلاق يسحر مخاطبه لاول وهلة فيجعله صديقا حميما له · فكثرة المحتفلين بمراسم دفنه من وطنين واجانب لهو دليلا على المكان الذي كان حصله في قلوب الجميع · لم يكن الدكتور كامبل متزوجا وكان عمره ٤٢ سنة · ولقد درس الطب في معهد (غوردون) من كلية (ابردين) واكمل دراسته سنة ١٩٠٧ وحينئذ كان قد اودع اليه وظيفة معاون طبيب في المدرسة الطبية وبقى بهذه الوظافة لمدة سبعة سنين · ولما اعلن الحرب العامة التحق بهيئة الاطباء العسكرية البريطانية وقضى اول سنتي الحرب في مركز التدريب العسكري المسمى (الدرشوت) ثم ارسل الى بومبي ومن هنالك ارسل للعراق سنة ١٩١٦ فالتحق بجيش الاحتلال كطبيب في المستشفى العسكري الثابت في العمارة · واتى الى بغداد بعد احتلالها مع احد القطعات العسكرية سنة ١٩١٧ وعهد اليه حينئذ طبابة مستشفى الضباط ففي اثناء قيامه بهذه الوظيفة التقى بمآت من الضباط البريطانيين ومن جملتهم من هم الان في خدمة الحكومة العراقية · وهنالك حصل على محبة واحترام الجميع · وكان من جملة احبائه المخلصين الجنرال مود الذي يزور مستشفى الضباط ايام الاحد وكان الدكتور كامبل يطوف به في الغرف المختلفة ويعرفه بالضباط الجرحى والمرضى·

ولم يلتحق لخدمة الحكومة العراقية الا في شباط ١٩٢٠ اذ عهد اليه بطبابة الميناء في البصرة · كان كامبل من رجال الرياضة البدنية الاولين وصيادا ماهرا

وكان يلعب الكريكت والتنس جيدا حتى انه كان قائد فرقة الكريكت في كلية (ابردين) حينما كان تلميذا فيها • ولقد خدم الحكومة العراقية بصدق واخلاص • وضيعت البصرة بموته عضوا من اعضاء الطبابة الفعالة الذين تحتاج اليهم دائما •

ولقد دفن في مقبرة الماكنة في البصرة واجري الاحتفال الديني من قبل (جي • ني • دافيس) شابابين القواة الهوائية البريطانية لايداع جثة الى مقرها الاخير •

الجمعية الطبية البغدادية

عقد اجتماع تموز للجمعية الطبية البغدادية يوم الاربعاء الموافق ٢٩ — ٧ — ٩٢٥ الساعة السادسة ونصف زوالية بعد الظهر في بستان المستشفى الملكي • ولقد حضر الاجتماع ستة عشر عضوا وناب في الرئاسة الدكتور سامي شوكت فافتتح الجلسة بقرأة مقال للدكتور شوكت الزهاوي موضوعة الديدان المعائية • ولقد احسن في توصيف انواع الديدان والطفيلات وخصوصا التي نصا دفعها دائما في العراق كالانكيلوستوما والبلهارزيا • وقبل القاء مقاله كان قد اعد مستحضراة تحت المجهر فيها ما يفيد ويهم جميع الاطباء • ومن جملة تلك المستحضراة كانت بيضة الانكيلوستوما الحية جالبة انظار العموم • حيث كان يشاهد حركة السرفة بداخلها بصورة واضحة وكان قشرها على وشك الانفلاق • ثم عرض بعض المرضاء المصابين بالانكيلوستوما وكانوا كلهم من الفلاحين وبين ان هذا المرض يحصل بمن يشتغل في الطين •

وبعد ختام مقال الدكتور الزهاوي بين الدكتور سلمان غزالة اهمية المجازر الفنية العصرية وعرف مجازر باريس وطرز ادارتها واقترح انشاء مجازر تشابه ذلك في عاصمة العراق • وعلى اثر ذلك عهد اليه تحرير تقريرا مفصلا عن ذلك لاجل المذاكرة •

وضم الجلسة نحو الساعة السابعة ونصف زوالية بعد تقديم الشكر لمن القى المقال •

التقرير الشهري لادارة صحة العاصمة لشهر حزيران ١٩٢٥

عدد الولادات التي تسجلت في غضون الشهر •

	الذكور	الاناث	المجموع	عدد الولادات لشهر مايس ١٩٢٥	عدد الولادات لشهر حزيران ١٩٢٤
جانب الرصافة	١٨٧	١٤٨	٣٣٥	٣٩٢	٣٠٤
» الكرخ	٦٦	٣٨	١٠٤	١٠٧	٧٥
المجموع	٢٥٣	١٨٦	٤٣٩	٤٠٩	٣٧٩

عدد الوفيات التي تسجلت في غضون الشهر •

	الذكور	الاناث	المجموع	عدد الوفيات لشهر مايس ١٩٢٥	عدد الوفيات لشهر حزيران ١٩٢٤
جانب الرصافة	٢٥٨	١٩٧	٤٤٥	٣٩٣	٤٠١
» الكرخ	٧١	٨٠	١٥١	١٤١	١٦٣
المجموع	٣٢٩	٢٧٧	٦٠٦	٥٣٤	٥٦٤

معدل الولادات

	عدد الاهالي	الولادات المسجلة في غضون الشهر	الولادات المسجلة بالالف سنويا
الرصافة	٢٠٠٠٠٠	٢٣٥	٢٠٫١
الكرخ	٥٠٠٠٠	١٠٤	٢٤٫٩
المجموع	٢٥٠٠٠٠	٣٣٩	٢١٫١

معدل الوفيات

	عدد الاهالي	الوفيات التي تسجلت في غضون الشهر	الوفيات بالالف سنويا
الرصافة	٢٠٠٠٠٠	٤٥٥	٢٧٫٣
الكرخ	٥٠٠٠٠	١٥١	٣٦٫٢
المجموع	٢٥٠٠٠٠	٦٠٦	٢٩٫١

الوفيات بمعدل الاعمار

	٠—١	١—٥	٥—١٠	١٠—٢٠	٢٠—٣٠	٣٠—٤٠	٤٠—٥٠	٥٠—٦٠	٦٠ الى مافوق	المجموع
الرصافة	١٥١	١٤٦	١٠	٢١	٢٩	٢١	٨	١٤	٥٥	٤٥٥
الكرخ	٥٣	٥١	٣	٤	٧	٥	٥	٢	٢١	١٥١
المجموع	٢٠٤	١٩٧	١٣	٢٥	٣٦	٢٦	١٣	١٦	٧٦	٦٠٦

الوفيات من الامراض السارية

سبب الوفاة	الرصافة	الكرخ	المجموع
داء السل	٢١	٣١	٥٢
الحصبة	٨	١	٩
الخناق	٣	—	٣
الحمى التيفوئيدية	٢	١	٣
الدوزنتيريا	٢	—	٢
الجدام	٢	—	٢
سعال ديكي	١	—	١
داء الحمره	—	١	١

الامراض السارية فى غضون الشهر

الطاعون —٧ اصابات —٤ في السجن المركزي —١ في العباخانة و— ١ في مطبعه الحكومة .

السل ٣٤ اصابة —الحصبة ١٩ اصابة — الملاريا ١٢ — التيفوئيد ٦ — الزحير ٥— الجدام ٤ التهاب الشكفة ٣ — البلهارزيا ٣— الخناق ٣— التهاب السحايا ٢— داء الحمره ٢— الجدري ١—

الاصابات التي وردت من خارج لواء بغداد .

البلهارزيا ٢٤ اصابة — السل ٨ اصابات — الجذام ٦ اصابات — الملاريا ١٠ — داء الحمره ١ —

ان حرارة هذا الشهر كانت كما يلي «—

درجة الحرارة العليا	١٠٩٫٧ في ٤—٦—٣٥
« « الادنى	٩٣٫٠ « ١٤—٦—٢
« « الوسطى	١٠٢٫٨

« البرودة العليا	٨١٫٠ في ٢٨—٦—٢٥
« « الادني	٦٣٫٠ « ١١—٦—٢٥
« « الوسطى	٧٣٫٣
درجة الرطوبة	٣٠ بالمائة
مجموع الامطار	خال .

٦ — وقد صنعت خلال الشهر في (٢٦) صيدلية (١٧٢٣١) وصفة من قبل (٧٥) طبيبا والواردات التي دخلت الصيدليات (١٠٧١٣) ربية فيكون معدل كل وصفة تقريبا (١٠) آنات اربعة اطباء حرروا اكثر من (٨٠٠) وصفة — وثلاثة اطباء حرروا اكثر من (٥٠٠) وصفة واقل من (٨٠٠) — والباقون حرروا اقل من (٥٠٠) وصفة .

٧ — منذ اليوم الخامس من الشهر لم تحدث اي اصابة كانت بالطاعون وهذا مما يؤيد ملاحظاتنا التي ذكرناها في رابوراتنا الشهرية السابقة .

تقرير مراكز معالجة العيون

المركز	اصابات جديدة	المداومون	مجموع شهر حزيران سنة ١٩٢٥	مجموع شهر حزيران سنة ١٩٢٤
الحيدرخانة	٤٩١	٤٣٣٧	٤٨٢٨	١٦٠٩
الدهانة	١٠٢٨	١٠٩٤٣	١١٫٧١	٩٦٢٦
باب الشيخ	٥٣١	٣١٦٩	٤٥٠٠	٣٣٣٦
صوب الكرخ	٦٤٨	٣١٣٨	٣٧٨٦	١٨٩٩
المجموع	٦٢٩٨	٢٢٣٨٧	٢٥٠٨٥	١٦٤٥٢

تفصيلات الاصابات

المركز	الرجال	النساء	الاطفال	المحمدين	الموسوين	المسيحيين
الحيدرخانة	٤١	١٧٥	٢٩٥	٦٠٠	٧٥	٣١
الدهانة	١٨٠	٢٨٨	٥٦٠	٥٢٥	٣٧٤	١٢٩
باب الشيخ	٨١	١٦٩	٢٨١	٤٧١	٥٧	٣
صوب الكرخ	١٩١	١١٤	١١٣	٦٤٣	٣	٢
المجموع	٤٩٣	٨٩٦	١٣٠٩	٢٠٣٩	٥٠٤	١٥٥

حق الدكتور ضياء خياط الحكم

العدد الرابع

المجلة الطبية البغدادية
THE BAGHDAD MEDICAL REVIEW

مجلة الجمعية الطبية البغدادية

مديرها

الدكتور صائب شوكت

ايلول ١٩٢٥ صفر ١٣٤٤

السنة ١

العدد ٤

الاشتراك السنوي ١٠ روبيات ثمن النسخة ١٢ آنة

المراجعة في جميع مايخص المجلة يكون باسم الدكتور صائب شوكت في المستشفى الملكي في بغداد

بغداد * مطبعة العراق

المقالات الاساسية

الديدان الطفيلية	الدكتور شوكت الزهاوي
اوجاع الخاصرة اليمنى	الدكتور براهام
لدغ الحياة في العراق	الدكتور سندرسن

المقتبسات

معالجة السل باملاح الذهب (سانو قريزين)	الدكتور شريف عسيران
تأثير التدخين على الهضم	الدكتور صائب شوكت
البول السكري السليم	الدكتور هاشم الوتري
مشاهدة طبيه (اللوسه ميا الميلوئيدية)	الدكتور داود نسيم
المعالجة بالدم الثاني	ص.ش
معالجة الصمم	»
تداوي التهاب المثانة	»
معالجة السعال الديكي	»
تداوي نزوف الرحم المستمرة بعد الولادة	»

المجلة الطبية البغدادية
THE BAGHDAD MEDICAL REVIEW

العدد الرابع — ايلول ١٩٢٥

المقالات الاساسية

الديدان الطفيلية

الدكتور شوكت الزهاوي

تاريخ البحث في الديدان قديم عند البشر فكان اطباء تلك الازمان يستغربون خروج الحيوانات الحية من الحيوان الحي . قد عثر في اوراق البردي «Papyrus» على ذكر امراض الديدان .

شاهد ابقراط ثلاثا من الديدان الاسقاريد «Ascaris» اوقسيور «Oxyurus» والتينا «Taenia» وقد عرف العرب الاسقاريد ، اوقسيور ، انكلوستوم، والتريتوسه فالذي لم يعرفه الغربيون الا بعد زمن بعيد . الف آمبروسيوس «Ambroise Paré» مؤلفا بسيطا للديدان وعرف الاسقاريد بالديدان الطويلة المستديرة والتينا بالعريضة الطويلة .

وفي القرن السابع عشر بدأ فرنسسقورهوى بالبحث الفني ثم اخترع المجهر فتمكن المدققون من البحث في مطالعة الانسجة والاخلاط وما بينهما من الطفيلات والجراثيم .

ان موضوع مقالتنا هو البحث عن التشوشات العمومية للديدان ولكن المقام يستوجب الايجاز لذلك اقتصر على الديدان الاسطوانية لما لها من الشأن نظرا لكثرة انتشارها في القطر .

ان هـذا الصنف من الديدان اكثر توليدا من غيره للاعراض الميكانيكية (لاسيما الاسقاريد) كانسـداد

الامعاء وانسداد قناة الكبدي وقناة ويرسونغ والزائدة الدودية وفي النادر يحدث تمزقا في القنوات المذكورة ·

اما الاعراض التسممية : خير من بحث عنها بحثا فنيا هو الاستاذ بلانشاردولاسيما Simonin والاخير منهما زرق خلاصة سموم الديدان المختلفة في اوردة الارنب وشاهد فرقا كليا في درجات التسمم في عين النوع لاباختلاف جنس الديدان فقط كالحلقة الاولية من التينا وجدسميتها اقل من الحلقات الاخيرة ·

السم المذكور من السموم الزلالية يزول تأثيره السمى عند الترسيب اوالتخثير ·

فاذا زرقت السموم المذكورة في الحيوان فانه يهبط به الضغط الشرياني ويؤثر عَلَى القلب وحينئذ نشعر تسرعا اوبطائة في النبض ·

واماتأثيره على الجهاز التنفسي وتكوينه السعال التشنجي وداء البهر الكاذب فهو معلوم عند الاطباء القدماء وعلى طريق الاستطراد اعرض حادثة وهي : ان بعض الاطباء المحترمين ارسلوا غائط مريض الى المختبر فوجدت فيه كثيرا من بيض الاسقاريد مع ان المريض ما كان يشكو الا من ضيق التنفس المشابه بدأ البهر وزالت هذه الاعراض عندما عولج بالسانتونين · وخلاصة الكلام ان الد ان لها تأثير على جميع اجهزة البدن كالجهاز العصبي والعقلي (خلل في البصر والذوق والشم) خصوصا تذكر من تشوشات الروئية الآموروز Amaurosə و Amblyopie Hemeralopie ومن تأثير السموم عَلَى العضلات العينة الخارجية نشاهد الحول والتشنج Nystagmus

ومنه تأثيرها عَلَى العضلات العينة الداخلية كحصول تضيق الحدقة Myosis وعدم تساوي الحدقة وترى في خارج العين الفلوج والتيق والصرعة والقوره والمنتزت الكاذب الخ ··

وفى الجهاز البولي : « تبول الزلال ، تبول الدم، وعدم التبول »· الاعراض الجلدية منها « الاورتيكر، ئه ريتم، بروري » وغيره من الاعراض يحصل من تأثير السموم اومن التخدش الحاصل من دخول الطفيلات في اليدن كالانكيلوستوما والانكيلول ·

تشوشات جملة الهضم : يرى في الحيوان المزروق فيه من سم الديدان علائم الاسهال وزيادة في كمية الغائط ويكون احيانا دمويا كالديسانتريا واذا كان المقدار قويا يقضي بالموت عَلَى الحيوان · وكثيرا مانشاهد من السريريات اسهالا في المرضي يكون كالديسانتري او الكوليرا والاغلب بشكل الاسهال البسيط وهو يحصل من السموم اومن التخدش الحاصل من وجود الديدان في الامعاء ·

تشوشات الدم « في الكريوات الحمر » آنيزوسيتوز ، بوئي كيلوسيتوز ، بولي فرومافيلي وغيره والكريوات البيض تزداد لاسيما نوع الائوزينوفيل منهـا الذي هو من اهم الاعراض لكشف الطفيلات · اما الاموغلوبين فانه يتناقص في اكثر الوقائع وليس نقصه مطردا مع عدد كريواة الحمر · نرى هذه التغيرات مع فقر الدم الشديد كعرض رئيسي في المصابين بالانكيلوستوموز عندنا حتى يبلغ النقص في الكريواة الحمر احيانا الى المليون والاموغلوبين ٪ ٢٠ وحينئذ يأتي المريض تحت منار

فقر الدم العميق ·

تشخيص الديدان :— فحص الغائط لدى معاينة جسم الطفيلات اوجزءا منهـا كحلقة التينياء ولكنه في اغلب الوقائع يجري الفحص المجهري عَلَى بيض الديدان ·

ئه ئوزينوفيلي : يتولد من تأثير السموم على الدم ويختلف بالشدة والنسبة مع اختلاف طبقات الديدان يكثر في صنف النه ماتود ثم التره ماتود والتره ستود ومن النه ماتود الانكيلوستوموز وقد شاهد ئه رليخ ببعض الاصابات نسبة الائوزينوفيل ٪ ٧٢ وتزداد شدة الائوزينوفيليا في الديدان النافذة في اعماق البدن اكثر من ديدان الامعاء التي تخرج قسما من سمومها مع الغائط ·

الحصانة : اذا زرقنا من مايع الهيداتيك في الحيوان فانه يولد حصانة ضد مصل الاسقاريد وخلاصة التينياساز ينانا وان بعض المدققين يقترحون تشخيص الكيست بطريقة الترسيب « برەسيبيتن » الموجود بدم حاملي التينا واللانكيلوستوما ·

تثبيت الكومبلمان :— وابنبرغ استعمله في تشخيص الكيست بتاريخ ١٩٠٨ وظهر له ان تعامل الانحراف يكون ضعيفا متي ماطبق عَلَى المجموع « غروب » ويشتد اذا استعمل عَلى النوع الخاص منه ··

تعريف النه ماتود :- ديدان تشبه الخيط كما يستدل من اسمه له محفظة مقاومة من الكيتين تخلو من الحلقات ومن تعدد الجهاز التناسلي كما هو في التينيا · النه ماتود ينقسم الى نوعين المعائي ، والعضلي المنظمي فالمعائي (اسقاريس ، اوقسيور والتريفوسه فال) المنتشر في اوروبا بكثرة ويقال ان نصف الكهول يحملون هذه الطفيلات · ورغما عَلَى انتشارها فان

عددها اقل من بقيه النه ماتود المعائي كالانكيلوستوما والانكيلول وهو يوجد في البلاد الحارة لاسيما في العمال الذين يشتغلون في الاتربة والاطيان · الطفيلات وخصوصا النه ماتود لايرى في الاغلب الا بعد سن الطفولية الاولى الى عمر العشرين ولهذا رغما عَلَى معارضه واينبرغ ، لوتل Letulle مع حزبا قويا بزعامة مچنيقوف وكيار Guiart يدعون ان زيادة التيفوئيد والاياندسيت ناشئة من السميات المتولدة من اسنان النه ماتود ويستشهدون بتجربة باستور عندما لقح باسيل الجمرة في الحيوانات باطعامه بعض الحشائش الشوكية عَلَى طريق الهضم ·

الاسقاريد كثيرا ما يوجد في البلاد الحارة وهو الذي يولد الامراض المختلفة في الاطفال · فالاسقاريد الكامل يعيش فى الامعاء الرقيقة وهناك تبيض الانثى بيضاتها التي لن تتغير مادامت في الامعاء الرقيقة ويتعذر تلقيحها بنفسها · يتم النمو في الخارج في المواسم الطيبة بمدة ٣٠—٤٠ يوما وفي عدة اشهر في فصل الشتاء بدون تفسخ ويقاوم المواد المضادة التعفن كنصف في المائة من الفورمول وخمسة في المائة من الغليسرين مثلا ويقاوم نقطه الانجماد ودرجة ٤٢ سانتغراد ·

ان الرشيم يدخل الانبوب الهضمي بواسطة المياه المتعفنة او الخضر الغير مطبوخة · يترك قشرة في الامعاء الرقيقة او الغليظة ويسير نحو وريد الباب ويصل الى الكبد بطريق الدوران الصغير يصل الى الرئة وتبقى الانثى ويخرج الرشيم من الاسناخ الى القصبات وعَلَى هذا الطريق يوجد في القشع بيض الاسقاريد او يرجع بطريق البلعوم والمرى الى المعا ويقر هناك قراره Koino (كوانو)

احداطباء اليابان اكل مآت البيض وبعد خمسة عشر يوما احس باضطرابات شديدة في الرئة (بنوموني) وتأكد لديه المرض بوجود البيض والرشيم « Larve » داخل القشع ثم عرض نفسه للفحص باشعة رونجن فوجد محراق المرض عيانا ·

الاقسيور:— بيضه الاوقسيور المحتوية عَلَى الرشيم يندر وجودها في الامعاء وعَلَى الاغلب توجد في الشرج او باكنافه فعلى الفاحص ان يتذكر النقطعة ويفحص البقية او الدودة المهاجرة هناك اكثر من ان يتفحصها في الغائط او يفحص ما في خلال الاضافر التي تجد بين اوساخها البقية المذكورة ولهذه النقطة اهمية ذات شأن في معالجتها ووقايته العائلة منها لان المريض الذي يشعر في الليل حكه اطراف الشرج ويحكه ثم يدخل اصبعه الى فمه او يلوث فيه الملبوس او المأكول العام لا تنفعه المعالجة وحدها الا مع الاهتمام بامر الوقاية كتقليم الضفر والاعتناء بالنظافة الزائدة ولبس القميص المسدود عند النوم ليتأتى له التخلص من الانتان بنفسه ·

تريقوسه قال:— اواسمه الحديث trichuris trichura يدخل للجسم كما يدخل الاقساريد والاقسيور بيضته مقاومة كبيضة الاسقاريد تولد بلا رشيم ثم تتقسم ببطائة في خلال ٦—١٢ شهر والبيضة ذات الرشيم هي التي تستقر بالبدن بلا مهاجرة لا كالاسقاريد والتريشين وغيرهما · هذا رأي المؤلف بتلانشنا «Tylanchina» والصحيح انه لم يتحقق نمو الرشيم وادواره جيدا ·

التوقي من الاسقاريد والتريقوسة قال ومن فصيله الزومتود Hymenolepis Nana يكون مؤسسا عَلَى التحفظ من تلوث الخضر وخصوصا ما يا كل منها بدون طبخ كالفواكه والسلاد «Salades» وقد وجد في الخضر في لوزان عَلَى ما بينه في احصائيه استوه قل « Stivel » ٢٢ ٠/٠ من الخضر منتنة من بيض الديدان ويمكننا ان نضيف الآميب والكيسيت لهذه الزمره (كما ذكرته في الاحصاء) وفي العراق ايضا اعتقد ان الانتان عَلَى الطريق المذكور هو كثيرا · ثم ياتي الطريق الجلدي ينتقل من المياه الراكدة سيركة «Cercaire» البلهارزيا ومن الاتربة والاطيان الراطبة تنفذ لاروا Larves اللانكيلوستوما · ومن الدرجة الثالثة تأتي اللحوم ومنها اللحم البقري ينتقل منه تينياشاز ينانا ومن لحم الخنزير تينياسوليموم والتريشين · واما الاسماك ياتي منها ديبوتريوسه فالوس لاتوس Didotriocephalus Latus ·

الانكيلسيوما Ankylostoma Duodenales

يدخل البدن عَلَى طريقين في الطريق الاول وهو النادر الطريق الهضمي المعروف منذ القديم والطريق الثاني هو الطريق الجلدي الذي اكتشفه في القاهرة العالم لوس Loos في عام ١٩٠١ عندما كان يشتغل بمايع يحتوى عَلَى الرشيم اذ سقط على جلده من المايع المذكور واحس عندئذ بحكة شديدة ولدى فحص المجهري شاهد عددا من اللاروا او قشرة وبعد ان مضي ثلاثة اشهر على الحالة بدأ يشعر بضعف في قواه وعندما فحص غائطة وجد بيض اللانكيلوستوما كثيرا ·

الرشيم يخرج من البيضة في اليوم الاول او العاشر ويسمى رابديتيفورم Rhabditiform لان له انتفاخا في المرئ وبعد النسول بثمانية ايام يسمى فيلاريفورم Filarifom والمري يكون بشكل اسطواني ويبقى محتفظا بداخل محفظة كانه متكيس يقاوم الحر والبرد وغالب الانتان يحصل بهذا الدور . وتتكامل الدودة بمدة ٤ — ٦ اسابيع واما سيرها في البدن فهو كسير رشيم الاسقاريد · وسبب البون الشاسع لانفجار البيضة ونموها يتولد من نفس الدودة او من المؤثرات كالغائط الشديد الحموضة فانه يؤخر انفجار البيضة كما ان نسله يكون اقصر عمرا بالنظر لغيره من الطفيل · وللارض دخل كبير في حياة الديدان ·

فالاراضي او المياه المحتوية عَلَى المعادن وعَلَى الاخص الملح « فلورسوديوم » لا تصلح لنمو الرشيم والاراضي المركبة من الاتربة النباتية هي اوفر حضا بنجاح زرع اللاروا كما وجدها Steol في اراضي Portorico بنسبة ٥—٦٥ بالمائة · الحرارة والضياء واسطتان سريعتان لهلاك اللاروا ولا يحتمل عَلَى يبوسه الانور اكثر من ٢٤ ساعة · اما الحرارة الموافقة فهي تدور ما بين ٢٠ —٣٠ سانتغراد · وقد وجد Denooji اوفق الشرائط في البلاد الحارة بمزارع القهوة والقاقائو وقصب السكر وهي المزارع التي تجد فيها الرطوبة والظل الكافي والحرارة الموافقة مع وجود كثرة الانتعاش النباتية · ويدعي الاستاذ Joyuex انه شاهد في بعض الاماكن الممتازة في افريقية الفرنسوية ٦٠—٧٠ بالمائة من سكانها مصابون بداء اللانكيلوستوموز · ان اللاروا هي تعيش في الاغلب عَلَى وجه الارض ولا تنفذ اكثر من ١٥ سانتيما في الاراضي الفقارية واما الاراضي الرملية فانها تنفذ (٩٠) سانتيما

فيتبين من ذاك ان ستر الغائط بكف من التراب (كعادة القروين فى العراق) لا يؤثر عليه بل يقيه من شدة الحر والضياء الى ان ينتقل باحذية الزوار وحوافر الخيل الى اماكن بعيدة ·

لا ارغب في تطويل البحث هنا عن النيقاتورا آمريقاتا الذي هو نوع من اللانكيلوستوما ولا فرق بينهما الا ببعض الاوصاف النظرية اما الوقاية ومعالجة اللانكيلول هو كاللانكيلوستوما ·

معالجة الديدان :— لا يوجد في العقاقير التي لا تزال تستعمل منذ القديم ما يسقط الديدان حتى ان F. C. Hochne ذكر انه قد استعمل نحو (٢٦٠) نوعا من انواع النبات لهذه الغاية فلم يجد بينها ما له تاثير عام · الا ان كل مسهل شديد يحدث انعكاسا معائيا قويا ومنه تنفصل بعض الديدان عن جدران الامعاء ·

فهل يعد هذا دواء عاما ومؤثرا عَلَى انواع الديدان ؟

وهل من دواء خاص يؤثر عَلَى الدودة المختفية بين طيات الاعور (چه كوم) او الذيل الدودي كالتريقوسه قال والاوقسيور او اللانكيلول الملتصق بجدار الامعاء ·

لا يخفى عَلَى حضرات الزملاء الكرام ان اسقاط الدودة الكبيرة المعلقة بالفضاء اسهل من اسقاط الدود الصغار الكثير الملتصق بالجدار · ويجدر بالذكر ان يكون الطبيب كمحارب لا يطلق خراطيش دوائه الا في المواقع التي يتحقق لديه انها تحدث دويا وتاثيرا عظيما ·

فكر P. L-Cantor احد اطباء الامريكان بهذه النقطة المهمة ولا سيما في المصابين ببطالة المعدة والتوسع وكان يدخل زيت الشينوبديوم بانبوب الى

الاثنى عشر ويهلك الانكيلوستوما في عقر داره وذلك لكي لا يبقى الدواء هناك .

معالجة الديدان: تنقسم الى صنفين الصنف الاول في معالجة الديدان التي تعيش داخل الامعاء الصنف الثاني في معالجة الديدان الخارجة عن الامعاء كالبلهارزيا والفيلاريا وغيرهما .

اما المهم من الديدان التي هي من الصنف الاول فهو اللانكيلوستوما الذي شغل كثيرا من اطباء الانكليز والامريكان نذكر منهم خصوصا Geinus و Nihaskar في الهند وهم يملئون الصحف بالتجارب الكيمياوية منذ سنة ١٩١٩ وفي النتيجة قر قرارهم على ان احسن الادوية ضد اللانكيلوستوما هو النافتول ب ، التيمول وزيت الشينه بوديوم والتترافاربون ويحبذ كل من الاستاذ الطلياني Eduardo والطبيب البلجيكي Lambinet Perroncito استعمال الدواء القديم وهو الفوزر بال نظرا لتجاربهما المهمة على عمال ليه‌زوسن گوتار وقد نشر الاخير في مجلة حفظ الصحة سنة ١٩٢٣ صورة استعمال الدواء على ما ياتي

fouger mâle 4 gramme
Chlo forme 2—3 gr
Glycerine ou Huile de ricin 40 gr كمسهل
Essence de menth V gouttes ولتبديل الذائقة

نافتول ب : Naphtol B : ـ يأخذ من ٠،٥٠ الى ٦ غرامات بحسب الاعمار ويحتمي المريض حمية بحيث لا ياكل سوى اللبن وبعض المأكل الخفيفة ويستحسن قسم من الاطباء اعطاء المسهل (ملح المغنزي) . اتفق ان الطبيب Liach و Hamtno شهرا مريضا مستعملا من دواء النافتول نحو خمس غرامات فتوفى على اثره ولدي فتح الجسد وجد اللانكيلوستوما وهذه الحادثة تدل على ان الدواء مهما كان قويا لا يتمكن من تعقيم الجسم من الطفيل كما عرضناه سابقا .

تيمول: Tymol :ـ له تاثير على جميع الطفيليات بوجه عام اما تاثيره الخاص على نوع واحد فهو اقل من سائر الادوية المستعملة يأخذ من نصف غرام الى اربعة غرامات من التيمول بعدة دفعات بحسب الاعمار على ان يكون الدواء مسحوقا جيدا وان لا يستعمل المريض الكحول والمواد الدهينه التي تسهل الامتصاص وتزيد بخطر التسمم المحدق بالموت . يحبذ الدكتور Noc استعمال الحقنة Lavement ضد الطفيليات الموجودة في الاعور كالترنيقوسه فال بمقدار ٠،٥٠ غراما داخل ليترة من الماء السخن . وشاهد guerner نسبة الشفاء ٥٠ الى ٨٥ في مائة مصاب بالانكيلوستوموز من الذين عولجوا بالتيمول على قاعدة استعماله دفعات مكررة ويستحسن Joyeux اعطاء Eau devie d'Allemande كمسهل عقيب الدواء . Huile Essentiell de Chenopode «زيت الشينة بود العطري» له رواج عظيم في بلاد امريك والشرق رغما على انه لم يدخل في قودكس Codex الفرنساوي لسنة ١٩٠٨ .

ينبغي ان لا يشذ عن البال ان مستحضر هذا الدواء الغير الصافي ياتي غالبا بنتائج تسممية تكون محفوفة بخطر الموت ياخذ ثلاث مرات بمقدار ٣ سانتيم . في اليوم اما Guer و Peyre فانهما يبلغان حده اليومي الى ٤ سا مع ٣٠ غرام من زيت الخروع ويستصوب Lambert

حقن الوريد بغرام وتصف الى غرامين من زيت المذكور لاسقاط الترنيقوسه فال ولكن الطريقة المذكورة لا تخلو من خطر الغشى والموت على ان الزرق داخل العضلة ينوب عنه تماما .

واما تاثيره في طرد الديدان فلا شك في انه اكثر من التمول اي بنسبة ٩٦،١٥ بالمائة وهو يستعمل ضد الاسقاريد ايضا Tetrachlorure de carbon . من الادوية المستعملة ضد اللانكيلوستوما وسبب الرجحان هو رخصة ياخذ منه بدون خطر ٣ـ٤ سانتيم او ٠،٢٠ سانغراما لكل سنة من العمر ويعطي الدكتور Laech و ١٥ سانتيم لمن بلغ من العمر خمسة عشر سنة يستعمل مع قليل من الماء او بصورة قابسول . ولان الدواء بطبيعته ملين لا حاجة لمسهل آخر الا في حالة القبوضة والزيادة في مقدار الدواء يحدث استحالة شحمية في الكبد واغلب وقايع التسمم تحصل من الدواء الغير الصافي وان استعماله مع الشينه بوديوم يقوي تاثيره في طراد الاسقاريد .

نرى انواعا كثيرة من الادوية المضادة للاوقسيور ولكن اهمها قاربونات البينرموت والارسه نوباتزول وقد استحضر معمل باير — دواء تحت عنوان Butolon وللجميع تاثير نسبي .

معالجة الديدان الخارجة عن الامعاء او الطفيليات التي لم تكن في فضاء المعاء حيث لا تتأثر من الدواء المستعمل من الطريق الهظمي . كثير من المؤلفين حقنوا الوريد دواء Novarsenobenzol وحصلوا على نتائج مرضية كثيرا ما استعمل اطباء مصر الامه‌تين Emetine داخل الوريد بمقدار ٠،٠٥ الى ٠،١٠ سانتغرامات يوميا هذه المادة تهلك الرشيم داخل البيضة وتمنع التبول الدموي كنت عالجت ثلاثا من المصابين بالبلهازيوز بدواء الامه‌تين فعوفوا جميعا . اما الدواء العام فهو التارتر ائمه تيك Tartre Emetique واول من استعمله بالطريقة الفنية هو الدكتور : Cristopherson في الخرطوم على الصورة الآتية :

يستحضر محلوله بنسبة ٢٠٪ في المصل الصناعي ويحقن في الوريد في اليوم الاول والثاني ٠،٠٣ وفي اليوم الثالث والرابع ٠،٠٦ وفي الخامس والسادس ٠،٠٩ وفي اليوم السابع ٠،١٢ سانغراما حتى يبلغ مجموع الدواء غراما وثمانين سانتغراما ولكنه يكفي في الاغلب ١٣ حقنة في الوريد للنجاح . والبعض من الاطباء يختارون التداوي بالمقدار الاصغري ٠،٠٢٥ للاولاد الذين لا يزيد سنهم على خمسة عشر عاما وعند استعمال الحقن في الوريد ينبغي على المريض ان يقتصر على اللبن والاطعمة الخفيفة . ولتسكين السعلة يكفي التمضمض بالماء البارد ويترك المريض للاستراحة من بعد ان يحقن الدواء في وريده .

شاهد Criotopherson الاعراض التسممية في اول ايام التداوي بامراض مختلفة اولها الغثيان والقى والشهقة والسعال واوجاع حجاب الحاجز مع الاسهال العرضى احيانا .

وواجب الطبيب ان يحتاط عند معالجة الضعفاء (كالفاشكسيا) والمصابين بالامراض القلبية والامراض

الكليوية المتقدمة اما التغيرات التسممية ، فهي التسرع في النبض والاستحالة الشحمية الياراتكماوية . يؤثر الدواء اولا على الطفيل ثم الرشيم والبيضة ولمعرفة تاثير الدواء يقتضي فحص البول تحت المجهر .

اما تداوي دودة المدينة يعطي للمريض ٠،٣٠ صانتغراد من الكرمز Kermis وفي اليوم الثاني بحقن في الوريد من دواء التارترئهمه ئيك ويجري التداوي لمدة ثمانية ايام على هذا المنوال .

اوجاع الخاصرة اليمنى

الدكتور : ابراهام

مقالا القاه في الجمعية الطبية البغدادية

ان موضوع مقالي الذي انتخبته اليوم يختص بناحية من نواحي البطن التى طالما كانت في مختلف الازمان محلية للدقة والاعتناء الفني اكثر من اي ناحية غيرها من الجسم البشري وقد اصبحت الاوجاع التي تحصل في الخاصرة اليمنى مشوشة الفهم غامضة الحقيقة بسبب التحولات المرضية الكثيرة التي تطرأ على الزائدة الدودية لم يعرف الاطباء تاثير الزائدة الدودية المرضى حتي سنة ١٨٨٦ وكانوا يعودون الالتهابات التي تحصل في تكل الناصية (التهاب الاعور) و (التهاب محيط الاعور) . وقد تبين في ذلك العام الدكتور (فريتز) في بوسترون) تاثير الزائدة الدودية في حصول احوال مرضية كهذه اذ اسس التشريح المرضي لهذا المرض على اساس متين وكانت ساحة الخاصرة اليمنى بعد اظهار اعراض الزائدة الدودية كمزرعة الزنبق التي لم يحصدها حاصد من قبل . فجاء الجراحون وبدأوا يحصدون بمناجلهم الحادة . يصير العامي غيورا بعد التعليم وهكذا اصبحت الزائدة الدودية بعدئذ تستعمل لانواع الاضطرابات حتى يوصي باستصالها ولو لم يحصل فيها تغير مرضي لانها دائما منبع للاذى والضرر ولقد اصبح كثير من الاختصاصيين وغير الاختصاصيين ينظرون الى كل وجع في الخاصرة اليمنى التهاب الزائدة الدودية ولكن ذلك بعيد عن الحقيقة . والقصد من مقالي هذا هو بيان الغلطات الكبيرة التي وقعت فيها انا والكثيرين من غيري . وسعيد من توقى شرها وخلص من الوقوع في شركها . اني لا احب ان ابحث عن الاحوال المزمنة كسوء هظم الاعور ، والاعور المتحرك او حصول (اغشية جاكسون) والى حصول اعراض طفيفة اكثرها تسميه وبسبب عدم وجود خطر سريع على المريض يتمكن الطبيب من اجراء الفحص الدقيق كي يعطي القرار القطعي بالطريقة التي يجب اتباعها . وما اريد بيانه الان هو ان اقدم لكم صورة مريض متألم مزوجع شديد

في خاصرته اليمنى وحالته تستدعي سرعة التشخيص واقاربه في انتظار الطبيب استطلاعا الى حالة مريضهم ومقدار الخطر الذي يهدد حياته .

ابين لكم اولا الاعراض التي احسبها اساسيه في تشخيص الالتهاب الزائدة الدودية .

١ — الاوجاع الموضعية ٢ — شدة الحس الموضعي
٣ — تحول الحرارة ٤ - التصلب والتشنج العضلي .

وهناك اعراض آخر يستعان بها ولكن هذه الاعراض الاربعة اهمها وعليها المعول

الحس الموضعي : تابع الى درجة استفحال الداء وشدته ففي النوع الزكامي يتأثر الغشاء المخاطي والنسيج الذي تحته فقط ويصير الوجع حينئذ مبهما وقليلا واذا حصل تثقب يحصل وجع فجائي شديد للغاية ويحس بنخره فجائية اليمة تشبه الم القرحة المعدية .

الحس الموضعي : عرض مهم يمكن كشفة بطرق عديدة فالعادي هو بالضغط على نقطة (ماق بورني) وعلاوة عليه الفحص الشرجي بتنفخ الامعاء الغليظة بالهواء والترفع الاني الذي يحصل في اليد الفاحصة هي الواسطتان الوحيدتان اللتان يجب الاستعانة بهما ان لم يحصل نتيجة مقنعة من الفحص الاول . ففي الحوادث العادية تجدون نتائج مهمة . يضطجع المريض ويضم ساقه ويشدها فيشتكي وجع خاصرته اليمنى . وتكون في هذه الاحوال الزائدة الدودية وراء الاعور ملتفة على غشاء البسوس الحرقفي فوضعية هذه العضلة التشريحية هي المسببة لهذه العلامة .

تغير الحرارة : يحصل دائما في التهاب الزائدة الدودية تصعد الحرارة واحيانا الى درجة عالية وتبدأ بقشعريرة وحصل حين مرض جلالة الملك قشعريرة برد وحرارة في الليلة التي اجريت اليه العملية وفي نهارها ونسبها اطباؤه الى نوبه حمى مرزغية فالحس الدائم والتشنج العضلي وتكاثر الكريات البيضاء وعدم وجود طفيل الحمى المرزغية هي المسوغ الاساسي الى وجوب المواصلة الجراحية .

التشنج العضلي : مهم للغاية واليد المتمرنة المعتادة كثيرة تكشف ما وراء الجدار البطني من التحولات المرضية والتشنج دليل التهاب البريطون الخارجي واجتهاد الطبيعة في الحصول على راحة تامة منعا لانتشار الالتهاب الى سائر انحاء الجسم الى ان تلتصق الاوجه المتصلة وتسد المحراق الملتهب واحب ان ابين نقطة مهمة بخصوص التشنج وهي اذا حقن المريض بالمورفين قبل ان يفحص ولم يكتشف التشنج بالفحص يجب ان لا تتردد في اجراء العملية الجراحية .

لا اعرف شيئا يشوش التشخيص في الامراض البطنية الحادة اكثر من اعطاء حقن المورفين او مركباته قبل تقرر التشخيص واني ارجح فتح البطن الاستقصائي عوض انتظار ظهور اعراض اخرى وحينئذ يكون الالتهاب منتشرا في جوف البطن .

ان فحص الدم هو مهم ويجب استعماله دائما اذا امكن ذلك فكثرة كريات البيضاء هو دليل مثبت لاجل التشخيص والانذار . اني لم اضع اهمية كبيرة على التعامل الذي يسمونه (تعامل الضليفوجن) .

اريد الان ان اضع جدولا لا يبين الاحوال المختلفة التي تؤدي الى حصول الاوجاع في الخاصرة اليمني وثم اعرف التشخيص التفريقي الذي يؤدي الى معرفة التهاب الزائدة الدودية :

١ — نزلة المعدية المعائية
٢ — القولنج المعائى
٣ — انسداد الامعاء
٤ — تغلف الامعاء
٥ — الفتق الداخلي
٦ — الطفيلات
٧ — التهاب المعاء الغليظ
٨ — الحميات المعائية
٩ — القرحة الاثنى عشر المثقبة
١٠ — حصاة الكبد
١١ — تقيح رتج مكل
١٢ — ذات الرئة القاعدوية مع ذات الجنب الحجاب الحاجز
١٣ — اورام الزائدة الدودية والاعور الخبيثة
١٤ — التهابات واورام العقد الحرقفية
١٥ — حصاة الاحليل
١٦ — التهاب النفير الرحمي
١٧ — الحمل النفيري او الانبوي
١٨ — خراج البسواس
١٩ — التهاب البانقره آس

١ — النزلة المعدية المعوية : اترك هنا البحث عن الاعراض الاولية ينتشر الوجع من الخاصرة الى السره والناحية الشرسوفية حينما يكون التهاب في الزائدة الدودية وكذلك يوجد تشنج عضلي وزيادة في الكربوات البيضاء ٠

٢ — القولنج المعدي : الوجع المنتشر، يوجد تشنج عضلي ويمكن تسكين الالم بالضغط على البطن ٠

٣ — انسداد الامعاء : الوجع موضعي في نقطة الانسداد فلن يوجد تشنج عضلي ولا تكاثر المكربوات البيضاء واما فحص البول فله اهمية قليلة

٤ — تغلف الامعاء : عدم وجود التشنج العضلي ووجود ورم ، توضع المخاط الممزوج بالدم على الاصبع حتى وضعه في الشرج وعدم وجود المواد الغائطة في الشرج بتاتا لا تترك محلا للشبهة في التشخيص ٠

٥ — الفتق الداخلي : لا يوجد تشنج عضلي ولا تكاثر الكربوات البيضاء وتعذروا ان لم تشخصوا المرضى في الابتداء ولكن الخطأ الفاضح ترك المريض دون اجراء عملية وفتح البطن الا ان يبدي القي الغائطي ويجب ان تضعوا في فكركم ان القي الغائطي غير خاص بانسداد الامعاء بل هو علامة الموت الزوآم ٠

٦ — الطفيلات : عدم وجود الحس والحرارة ثم التشنج ووجود تكاثر (ئه‌ئه زينوفيل) يمنع تشوش التشخيص ٠ واظن قد بولغ بنسبة التهاب الزائدة الدودية الى الطفيلات ٠ كثيرا ما عزمت على استيصال الزائدة الدودية حينما اعمل عملية خلافها في البطن وكثيرا ما صادقت ديدان معدية فيه ولكن ما كان يوجد حينئذ ادنى عرض يدل على وجود التهاب في الزائدة الدودية ٠ وكان في بعض الاحيان يعطفوا التهاب الزائدة الدودية على بلع حبة اوبذار الاثمار اني اشتبه كثيرا من احتمال مرور الحبة

من سداده (غر لاخ) واني رأيت جسما اجنبيا في الزائدة الدودية بواسطة اشعة الرونتكن دون وجود عرض يدل على الالتهاب ٠

٧ — التهاب المعاء الغليظ : تاريخ المرض عدم وجود التشنج وفحص الغائط والفحص بواسطة المجهر الشرحي بكشف هذا المرض

٨ — الحميات المعوية : التهاب القسم الاخير من الدقاق يؤدي الى اوجاع في الخاصرة اليمنى ولكن تاريخ المرض وتناقص الكربات البيضاء هما من الادلة لمهمة ٠ لا اهتم كثيرا في (تعامل ديازو) الذي بينه (ارلخ) ولكن الزرع الدموي وتعامل ويدال هما من الادلة القطعية ٠

٩ — قرحة الاثنى عشرة المتعقبة : تشنج العضلى الموضعي هو اهم دليل لكن حين عدم وجود الحكاية المرضية تجدون التهاب الباثقراس عندما تفتحون البطن ويجب ان تتوقعوا احتمال وجود الاعور في الناحية المراقبة اليمنى حين حصول تدور في المعاء الغليظ ٠

١٠ — حصاة الكبد :— تاريخ المرض وضعية التشنج، وجود علامة مورفي ، سلبية نتيجة النفخ وفحص اشعة الرونتكن تؤدي الى تقرير التشخيص ٠

١١ — تقيح رتج مكل ٠ لااعرف تشخيص تفريقي بين هذا والتهاب الزائدة الدودية ولكون كلاهما يحتاجان الى مداخلة جراحية فمن العبث التأخر الى حين تقرير التشخيص ٠

١٢ — التهاب قاعدة الرئة — في تقرير التشخيص القطعي صعوبة كبيرة ويستحيل في بعض الاحيان ٠ ففي التهاب قاعدة الرئة يوجد حرارة وتشنج عضلي وتكاثر كريوات البيضاء ٠ ولعدم وجود انتفاخ في البطن استفيد كثيرا من التنفس وكيفية حصوله ٠ وحين حصول الشبهة استعين بطبيبه داخلي ٠

١٣ — اورام الخبيثة في الزائدة الدودية والاعور :— من الموافق ان نعد الانتيه: وميقوز والتدرن واظن ان القليل منكم فقط يساعده الحظ على التفريق بينهما ٠ انى رأيت اورام الزائدة الدودية فى الصبيان والشبان وكان يوجد تشنج عضلي وحس وكذلك ورم وهذا لاشك يودي الى حصول التشويش ٠ ولكن يوجد فرق عظيم بين التشنج العضلي الذي يحصل في الالتهاب والذي يحصل في الاورام واليد المتمرنة تكشف ذلك بسهولة ٠ ويمكن التباس هذا بخراج الزائدة الدودية حينما الحادثة ليست مستعجلة ٠

١٤ — ان الانتفاخات التي تحصل في العقدات الحرقفية يمكن ان تلتبس مع التهاب الزائدة الدودية وتشوش التشخيص ولكن من السهل كشف العامل الاساسي الذي ادى الى ذلك الالتهاب في الطرف الاسفل اوفي العجان وانى اعلم احدهم اجرى عملية لمريض مصاب باللنفو سارقوما ظانا انه مصاب بالتهاب الزائدة الدودية ٠

١٥ — حصاة الاحليل :— يمكن تفريقها بواسطة اشعة رونتجن ٠

١٦ — التهاب النفير :— الفحص المهبلي ، نفخ الامعاء الغليظ ونفخ الرحم يسهل تفريق المرض ٠

١٧ — الحمل الانبوبي :— الفحص المهبلي ونفخ المعاء

الغايظ توصل الى اعراض قطعية لكشف الحمل الانبوبي ·

١٨ — خراج البسواس الحرقفي :— نسبب اشتباها كثيرا لان العرض المشتبه الوحيد هو وجود الورم في الخاصرة · واما فحص اشعة الرونتجن فتوضح المسئلة تماما ·

١٩ — التهاب البانقراس :— ندرة التهاب البانقراس هو اهم سبب لحصول التشوش فى التشخيص · اني رأيت التهاب البانقراس الحاد يشابه التهاب الزائدة الدودية او انسداد الامعاء اوتثقب القرحة المعدوية والنقطة المهمة الوحيدة هي انه في الحالة الاولى يكون الانذار وخيم للغاية وفي الحالة الثانية يحصل ٥٠ بالمائة من الموت واما في الحالة الثالثة فالانذار سليم · وان وجدت ان لافائدة من تعامل (غاميج) لوضع التشخيص ·

فانظروا ايها للسادة الى الخاصرة اليمنى ترون الزائدة الدودية واقفة بالمرصاد ومع ذلك يوجد اسباب عديدة اخرى تحصل عَلَى وجع الخاصرة اليمنى · فعليكم ان تكشفو بعلمكم وتجاربكم عن ما يدور خلف الجدار البطني ·

اختم كلامي ببضعة كلمات اقتبستها من اناتول فرانس :

« لقد درس الملك من سامبو بيثيس علم السحر وعلم »
« الفلك وتقدم في دراسته كثيرا وتعلم تراكيب النجوم »
« بدقة واهتمام زائد وكان يخط الخرائط الفلكية باتقان »
بدرجة سمبوبيت نفسه · »

« سئل سمبوبيت ذات يوم قائلا : هل تريد ان تجيبني »
« عَلَى سوألي في مايخص خرائطي الفلكية وتعلمني عن »
« قيمتها الحقيقية والا قطعت رأسك · »

« فاجابه سمبوبيت العاقل »

« ياصاحب الجلالة ان العلم هو ثابت غير متحول ولكن »
« الذين يدرسونه يخطئون كثيرا » ·

لدغ الحياة فى العراق

الدكتور ساندرسن

ان الثعابين السامة هي نادرة الوجود في العراق فالحادثة التي اذكرها اظن انها اول حادثة مهلكة لاحظها منتسبوا الطب في العراق ·

وما عدا ذلك فان انواع الثعابين الموجودة في العراق قليلة للغاية · ان الهيئة الفنية التي دققت أنواع الحيوانات الموجودة في العراق في ما بين سنة ١٩١٥ وسنة ١٩١٩ لم تكتشف سوى اثنين وعشرين نوعا من الحيات وهن ينتسبن الى خمس عائلات وهي : تيفلوبيدا ، جلوكونيدا، بويدا ، جولوبريدا ، وبيبريدا · فالنوعان الاخيران فقط هما من النوع السام ولم يشاهد في العراق سوى نوع واحد من كل الجنسين المذكورين ادناه وهما (تيفلوبيس برامينوس·) و (جلوكونيا ماكرو هينجوس) ·

يوجد سبعة عشر نوعا من جنس الثعبان المسمى (جولوبريدا) ولكن اظن انه لم يمكن البرهنة عَلَى ان احدها كان ساما نظرا للجسم البشري · فالقسم الاعظم من جنس الجولوبريدا الموجود في العراق هو من نوع زامه نيس · واماجنس نيا (الثعبان الهندي المشهور باسم كوبرا) فله نوع واحد في العراق وهو (نيامورغاني) ·

واما جنس (بروتروجليفا) فيوجد منه نوع (هيدروفينا في البلاد التي عَلَى خليج فارس · وحتى الان لم يستدل على وجود هذا الثعبان المائي المهلك فى ماء النهر في العراق ·

واما من جنس الويبيريدا فيوجد نوعان (الويبراله به تينا) و (جراستس كورنوتوس) الثعبان ذو القرن وهذان النوعان هما منتشران في اسيا وافريقيا ومن المعلوم انهما سامان ·

فالثعبان الذي سوف ابحث عنه هو من عائلة الويبريدا ويدعي اسقيس كارينـاتوس

في ٢٨ من شهر آب ١٩٢٤ كان مدير محطة الامام حمزة قد لدغته ثعبان فقتلها وارسلت الي لاجل تعيين جنسها وكانت اوصاف الثعبان كما يلي:

طولها ١٦ عقد ، الذنب اعوج · العين صغيرة ،الحدقة بيضه وقائمة · الرأس مثلث ومفترق عن العنق · الجسم عريض وقصير يوجد عَلَى بطنها احشاف طولانية منتظمة عَلَى خمسة وعشرين صفا والاحشاف الخبيثة هي باستقامة مائلة واما الحشفان الذنبية فهي على صف واحد · ويوجد فوق رأسها اشارة مع شكل قوسي عريض طوله ٧/٨ من العقد وعرضه ٣/٨ ويوجد خطوط صفراء ممتدة عَلَى طول الجسم فالاثنان الجنبيان منها متموجان ومتماديان اما المتوسطان منهما فمتقطعان الى اقسام عديدة وكان لون ظهرها اصفر واما لون بطنها فابيض ناصع ·

فهذا القسم المرتسم عَلَى الرأس مخصوص لهذا النوع من الثعبان الموجود في جزيرة العرب وفلسطين ومصر وبلاد العجم والهند · وهـذا النوع هو احد الانواع الثلاثة التي تسبب اكثر الوفيات في الهند واما الشخص الملدوغ فقد كان ضعيف البنية عمره ٢٨ سنة وكان

ملدوغا من فوق ابهام اليد اليمنى . وهو لم يهتم باللدغ في بادئ الامر حتى زاد الانتفاخ وانتشر الى الساعد وكان الدم يسيل من محل اللدغ بصورة متواصلة . وقد بوشر بمعالجته في الديوانية في اليوم الثاني من الحادثة وكان الطبيب هنالك قد شرط محل اللدغ في بضعة نقاط ووضع عليه مسحوق برمنجنات البوتاسيوم وحينئذ كان الساعد والعضد منتفخين وموجعين وكان المريض يسعل وكان يوجد دم في قشعاته ولقد ارسل الى مستشفى السكك الحديدية في بغداد في ٣٠ آب وكان حينئذ يظهر عليه اعراض ضعف القلب الشديد وكان الدم لا يزال يجري من موضع اللدغة بكثرة وبعد دخوله الى المستشفى ظهر منه براز مدمم وكانت حدقتاه متوسعة والنبض بسرعة ١١٠ مرات في الدقيقة وحرارته (٩٩°) فارنهايت وتنفسه ٣٨ في الدقيقة وكانت يده وساعده والعضد منتفخة كثيرا وموجعة للغاية . وكانت الغدات تحت الابطية منتفخة وموجعة ايضا ولعدم وجود مصل ثعياني في البلاد كانت المعالجة عرضية فقط فزرق مصل الخيل وملح كلورور الكلسيوم وعملت له حقنة شرجية بماء الملح. ولقد ساءت حالة المريض وازداد البول الدموي والنزيف من اللثة واستمر ذلك الى ان مات المصاب من ضعف القلب في الساعة ١١ قبل الظهر يوم ٣١ آب والعرض المهم الذي لوحظ هو عدم توقف سيلان الدم من الجروح الموجودة في ابهامه حتى ساعة الموت . انا لم ار وقعة لدغ الثعبان قبل هذا ولذلك كان سيلان الدم المتميع جالبا نظر استغرابي كثيرا . من المحتمل ان يكون هذا الثعبان قد نقل الى العراق من الهند بواسطة النقليات التجارية لان هذا النوع غير موجود في العراق وهو موجود في فلسطين والهند والبلاد الفارسية .

المقتبسات

معالجة السل باملاح الذهب (SANOCRYSIN)

الدكتور شريف عسيران

لا اظن طبيبا لم يسمع بذكر الاستاذ الدانمركي الذائع الصيت الدكتور هولكر ملاً كارد (Dr. Holger Moellgaard الذي اسدى الى العالم خدمة ثمينة طالما اشرأبت اعناق الاطباء اليها ، فان السل يفتك في العالم فتكا ذريعا وقد وقف البشر مكتوفي الايدي عن محاربة هذا العدو الفتاك الى ان بعث الله العلاَّمة الالماني (كوخ) فاكتشف جرثومته وهدى الناس الى اتقاء شرها ، فخلد منة كبيرة وكما ان العلاَّمة الالماني اكتشف الداء فيظهر ان الفصل سيكون للعلامة الدانمركي في اكتشاف الدواء .

نشرت الصحف الطبية والعلمية وغيرها خبر هذا الاكتشاف المهم وبالغت بعضها ونسبت الى الاكتشاف ما لم يدعه مكتشفه . وقد نشر الاستاذ ملاً كارد مقالا في عدد ٤ نيسان سنة ١٩٢٥ من المجلة الطبية البريطانية (British Medical Journal) اودع فيه خلاصة ابحاثه ووقف فيه موقف العالم المنصف يذكر الحسنة والسيئة ويسرد الحقائق الناصعة دون محابات ولا مبالغة وحرصا ان تفوت هذه الدرر الغوال ابناء الناطقين بالضاد عربت المقال عَلَى ما فيه من وعوره المسلك نظرا لصعوبة الاصطلاحات العلمية الحديثة الوضع حتى انها بعضها اشكل عَلَى المجلة الطبية البريطانية نفسها فبحثت تستوضح من المكاتب كما ذكرت المجله في نفس العدد . وقد حرصت كل الحرص عَلَى افكار الكاتب ومعانيه وبذلت الجهد في سبك المقال بلسان عربي مبين . وتسهيلا للفهم وضعت الاصل الانكليزي امام الاصطلاح العربي .

انه رغما عن وفرة التدرن الرئوى (السل) لم يهتد الباحثون الى دواء ناجع لهذا الداء وما هذه الابحاث المبنية على الاسس التي وضعها ارلخ ومور كنروت (Erlich & Morgenroth ولا حاجة ان نذكر هنا ان هذا العلم لا يزال في مهد الطفولة وما بحثنا الا حلقة من سلسلة هذه الابحاث التي حيرت العلماء واستنزفت دقائق ادمغتهم .

لا تنحصر المعالجة الكيمياوية (Chemotherapy بالمعنى الذي يقصده ارلخ باستعمال المواد الكيماوية وتأثير المادة لا يكون في محل حقنها بل المعالجة عبارة عن ادخال مادة الى الجسم المصاب بالعدوى وتأثير المادة مباشره في الطفيل المسبب لها (للعدوى) في مكان يبعد كثيرا عن محل ادخالها (ادخال المادة) وتأثير المادة يتوقف عَلَى الجاذبية النوعية Speific Affinity بينها وبين الطفيل مسبب الدعوى ولا يمكن تأثيرها بدون هذه الجاذبية ومن النادر ان توجد هذه الجاذبية بين المادة والجسم المعدي بالطفيل . ويتوقف تأثير المادة على نسبة جاذبية الطفيل وجاذبية الجسم النوعيتين ، وقد عبر ارلخ عن هذه الحقيقة بالدليل العلاجي الكيمياوي

(Chemotheeurapeutical Index)

وحسب هذا الدليل يجب ان تكون المادة التي تسمم الطفيل مسمة للجسم المصاب بالعدوى ايضا فعلى العلم ان يخفف تأثير هذه السموم في الجسم قدر الامكان كي ينحصر فعلها في الطفيل ويجب ان نشدد في الفات النظر الى حقيقة مهمه وهي اننا مهما قللنا جاذبية الجسم النوعية للمادة الكيمياوية حتى ولو ازلناها تماما نجد اجساما ضعيفه ازاء السموم ولو كانت دون المعدل الممكن تحمله ويجب ان نعلم ايضا ان حقن المادة الكيمياوية في دم اي انسان محفوف بالخطر يقابله خطر عدم الحقن وبعض الشر اهون من بعض ٠

ان لقتل الجراثيم وتذويبها في الجسم بواسطة المواد المضادة لها نفس التأثير الذي يحصل من حقن جراثيم ميتة او زرع حي من الجراثيم التي تنشأ في الحالتين حصانة (Immunity) ضد المرض ٠ ويحصل من حقن المادة المضادة تاثير خاص في الجسم يسمى بتأثير الحصانة (Ictus Immuni Catorius) فعليه ليس المقصود حصول الحصانة ايضا بتوليد مضادات الجراثيم (Antigen) ٠ وقد يحصل في احوال خاصة غير هذا التأثير كان تكون المضادات شديدة التسمم او كثيرة جدا او يكون استعداد الجسم لتوليدها ضعيفا لسبب من الاسباب فحقن المادة الكيماوية يسبب في احوال كهذه قسما عظيما يؤدي احيانا الى الموت ولنا في الامراض الناشئة عن الطفيليات اللولبية (١) (Spirilla) صورة جلية لهذه الحقيقة ٠ ويجب ان نترقب نفس الشيء في معالجة السل الرئوي ٠

فمن البديهي ان يطلب من المعالج تنقيص الجرعة فى مثل هذه الاحوال ٠ وهنا نشدد القول ان التأثير لا يتوقف عَلَى كمية الجرعة بل عَلَى مقدار الجراثيم التي تتأثر في جسم الانسان وظهر من الاختبارات ان الجرعات الصغيرة ليست عديمة الفائدة فقط بل تهيج المرض احيانا ومايدعوه ارلخ التأثير العكسى (Effectus Contrarius) اي تحقن جراثيم التيفوئيد توقيا لها فيصاب المريض بها فتقليل الجرعة لا يحل دائما مشكلة التسمم ٠ ولا يمكن مداومة المعالجة الكيماوية اذا كان تأثير السموم ظاهرا ما لم يكن في الجسم حصانة فعلية او اكتسابية ٠ ففي احوال كهذه يجب ان نقرن المعالجة السريرية بالمعالجة الكيماوية التى سنها ارلخ عقب اكتشاف السلفرسان ٠

كثرت المواد الكيماوية التي جربت في العشرين سنة الاخيرة ضد مرض السل وكثرت الابحاث عن تأثير العناصر الكيماوية في باسلس السل داخل الجسم وخارجه وتعددت انواعها من الاصباغ الى المواد العضوية وغير العضوية كالمعادن الثقيلة وقد توسع علماء الالمان في هذا العصر في البحث عن تأثير المعادن الثقيلة في التدرن ومنهم Tinker, V. Linden, Meissen, Strauss Btuck & Gluck, Feldts & Spies, Bethberger, Gorke & Topp,

وبحث ايضا عن هذا الموضوع بعض علماء الانكليز والافرنسيس والالمان ومنهم d'Hollande & Breton, white, Wells. Longcathwell, Leord,

(١) كالهيضة (كولرا) والحمى الراجعة وما اشبه

ولا مجال هنا للاسهاب في هذه الابحاث وخلاصتها ان الباحثين وجدوا ان اكثير من مركبات المعادن الثقيلة بعض التأثير في منع نمو جراثيم السل في زرع منها ٠ ومتى حقن بعضها في الوريد يعيق موت الحيوانات المصابة بالتدرن كالخنازير الهندية GuineaPigs ويجعل محل الاصابة صلبا ٠ ولم نعثر لحد اليوم عَلَى دواء ناجع لهذا المرض ٠

وبما ان العلماء عجزوا عن شفاء السل واكثر المعادن المستعملة لهذه الغاية مسمة للجسم جدا ولا يمكن استعمال جرعات في الانسان اكبر من جرعات الحيوان نشاء رأي جديد لم يخرج بادئ بدء عن حد النظريات ثم دخل في دور التجربة خصوصا في دانمارك (Walbum) سنة ١٩١٧ اتي فلدت (Feldt) بنظرية خلاصتها ان المعادن المختلفة كالذهب والفضة والزئبق والنحاس والبزموت تؤثر في التدرن وفعلها يعد بمثابة محرك (Catalyctic) يهيج القوة المدافعة في الدم لتعمل عملها واثر يحصل ولو كان مقداره قليلا ٠ وادت هذه الفكرة الى استعمال جرعات صغيرة وحملت فلدت عَلَى تخفيض جرعة الكريسولكان (Krysolgan) احد المستحضرات المستعملة لمعالجة السل الى ملغرامات قليلة كان يحقنها في فترات طويلة ٠

ويظهر من اقوال فلدت التى نشرها ان هذه الفكرة كانت بادئ بدء نظرية بحتة ولكن ولبوم برهن اليوم عَلَى امكان تاثير بعض الاملاح المعدنية في تهيج المضادات اذا حقنت هذه الاملاح بجرعات صغيرة في الوريد وقد ايدت نظريته الاختبارات الطبية ولكننا نرى من وجهة اخرى اننا نحصل على نتائج سريرية من استعمال اغلب المركبات المعدنية ٠ ويظهر ان للكريوسولكان تاثيرا في ازالة سموم بعض حوادث التدرن الرئوي وانه يشفي عاجلا بعض انواع التدرن الموضعي ٠ وتاثير المحرك يتوقف عَلَى نسبة قوته كما اشار الى ذلك ولبوم وايدته اختبارات غيره وعليه نرى ان لقوة الدواء دخلا فى مقدار التأثير ويمكن ان تتوقف النتيجة عَلَى هذه القوة (Concetration) ٠

وهنا امران يجب ان لا ننساهما الاول انه من الصعب تاثير اي مادة في جسم الانسان اذا اعطيت بجرعات صغيرة خاصة في الامراض المزمنة كالسل ٠ الثاني ما يفعله المحرك (Catalyser) هو زيادة سرعة التفاعل ولكنه لا يغير سير المادة وتاثيرها ٠ فبادخال المحرك الى جسم مالا نتمكن ان نجعل النتيجة المطلوبة قيد ارادتنا بل يمكننا ان نسيطر عَلَى سرعة التفاعل فقط ٠ فعليه لا تتعدى المعالجة المهيجة معرفة التأثير الاول والارجح انه لا يمكن ان تتقدم هذه النظرية الا بعد ان تفهم الحصانة فهما حقيقيا ٠

ولهذا رايت الاصوب ان اتبع خطط ارلخ ومور كابزوت في المعالجة الكيماوية خاصة في معالجة السل لان نتائج المعالجات المختلفة لم تكن مشجعة ٠ وقد لاحظت ان الباحثين رغما عن كثرة الابحاث التي حامت حول هذا الموضوع لم يراعوا اهم النقط الاساسية وهي اعراض التدرن التشريحية ومقاومة باشلس كوخ النوعية (Specific Resistance) وبنية النسيج التدرني وعليه رأيت البحث عن معالجة التدرن الكيماوية مع مراعاة النقطتين المذكورتين اعلاه امرا جديرا بالبحث ٠

١ — تحليل المعالجة بالسنكرسين : من الحقائق المعروفة ان تاثير سموم المعادن الثقيلة يتولد من الوحدات الايجابية (positively charged ions) ولا يجب ان ندخل الى جسم المعالج كثيرا من وحدات المعادن الثقيلة بصورة صرفة بل يجب ان نضيف اليه احدى المواد الكيماوية الثابتة التي تضعف قوة الوحدات المعدنية المذابة في الماء لدرجة الصفر تقريبا · ويجب ان لا يكون المركب المحتوي على المعدن مسما للجسم كالسيانوجين (Cyanogen) مثلا · ويشترط ان يكون للمزيج الحاصل من المعادن الثقلية والمادة الكيماوية خواص تجعل البعض منه الذي لا يتحد بالطفيل يفرز كما هو واذا تحلل لا يولد وحدات معدنية او اخلافها مسمة للجسم ·

هذه هي الشروط الاساسية المبنية عليها المعالجة الكيماوية التي لا تؤذي الجسم ويجب ان يكون بين المركب الكيماوي والطفيل جاذبية لنتأكد من حصول التأثير المطلوب ضد الجراثيم · وقد عبر ارلخ ومور كنروت عن القاعدة التي نجد بموجبها هذه الجاذبية حينما لا نتمكن من معرفة شيء عن خواص الطفيل قاعدة التنوع الكيماوي (Principle of cpemical variation) ان في اعراض السل القشريحية مشكلتين (١) ان مناعة باشلس كوخ النوعية تعزى الى المواد الدهنية فيه وهي سبب مناعته ايضا ضد الحوامض (Acid fastness) والانتيفورمين (Antiformine) وغيرها من المطهرات وعليه لا نترقب تاثيرا اي من المعادن الثقيلة في مكروب السل ما لم يستطيع ذلك المركب اختراق المواد الدهنية والوصول الى جسم المكروب التدرني ·

٢ـ من مميزات النسيج المتدرن انه قليل الاوعية الدموية وهذه الميزة من الاهمية بمكان في المعالجة الكيماوية لان المركب الكيماوي يذهب في الدم الى الانسجة ومنها الى حيث التدرن وكلما زاد التدرن حجما وكثر تكلساطات مسافة انتشار المركب وبلوغ هذا المركب جرثومة السل لا يتوقف على الجاذبية النوعية فقط بل عَلَى نسبة سرعة انتشاره ايضا الى سرعة انحلاله وافرازه من الجسم · ومن المرجح ان الامل في نجاح المعالجة الكيماوية سيرتكز عَلَى وجود مادة تنتشر بسرعة في الاغشية الحيوانية وتبقى ثابتة وقتا طويلا في الدم واللمفا ·

وبموجب النظرية الاخيرة يجب ان تكون وحدات المادة المستعملة للتأثير في جرثومة السل سريعة الانتشار وثابتة لا تتغير · وظهر من ابحاث Hamburger , Ege , Gurber , Bunge ,Abderhalden وغيرهم ان الوحدات المشحونة شحنا سلبيا Negatively charged ions تنتشر في الاغشية الحيوانية اسرع من الوحدات السلبية وستكون الضالة المنشودة في المعالجة الكيماوية وعليه صارت نظرية السنكرسين متوقفة عَلَى ادخال معدن ثقيل الى مركب سريع انتشار الوحدات السلبية التي تبقى في الجسم زمنا طويلا دون ان تتغير · والذهب هو المعدن الثقيل الذي يحتوي عليه السانكرسين اذ ظهر من الابحاث المتقدمة انه اشد تاثيرا من غيره في زرع من جراثيم السل واهميته هذه الميزة في انها دليل لنا · يجب ان يكون للمادة المستعملة للمعالجة جاذبية نوعية الى جرثومة السل وان نستطيع ايصال الذهب الى جسم الجراثيم · وقد اداني البحث الى ان مركب السانكرسين هو المادة

المتوفرة فيها هذه الشروط فتركيبه الكيماوى $(Au\,s_2\,O_3)\ na\ \ na_2\,s_2O_3$ وهي تتجزء في محلول مائي كما يلي :—:—

$$Au\,(s_2O_3)_2\,na_3 = Au\,s_2O_3 + s_2O_3 + {}_3na$$

فترى ان المادة الفعالة هي الوحدات السلبية ولها الصفات التالية :—

١ — سريعة الذوبان في الماء (قمحة في سانتغرامين مكعبين من الماء)

٢ — مركبة تركيبا حقيقيا وثابتة جدا بحيث ان سالبات الاكسجين (Reducing agents) لا تؤثر فيها ولا يؤثر في الذهب حامض الكبريت (زيت الزاج) H_2SO_4 ولا ثاني اكسيد الكبريت $(SO2)$ ولا كلوريد التنك Sncl2 ولا حامض الكربونيك $H_2c_2O_2$ حتى في درجة الغليان · وروح الملح Hcl لا يؤثر فيه بالدرجة الطبيعية واما كبريت الهيدروجين H_2S فيجزئه ويولد كبريت الذهب ومحاليله القوية جدا تتحلل ببطئ خاصة في ضوء النهار فتكتسب لونا اصفرا والمحاليل الخفيفة تمكث ١٤ يوما في الغرف المظلمة ·

٣ — سرعة انتشاره : ان سرعة انتشار ثالث كبريت الذهب $Au\,S_2,O_3$ في الاغشية الحيوانية ٧٥ بالمائة من سرعة انتشار اليود (I) ·

٤ — يبقى في الجسم ٤—٦ ايام بعد حقنه في الدم ·

٥ — يتحول قسم منه في الجسم الى معدن الذهب وقسم يفرز بطريق الكلية بصورة املاح مركبة بل ولا يوجد في البول بشكل املاح الذهب بل مركبا تركيبا · وماء الاكسجين $H\,2\,O\,2$ يجزئه في محلول قلوي بدرجة ١٠٠ سانتغراد الى ذهب وسلفات السودا

٦ — لا يرسب المواد البربتونية Proteans بدرجة ٣٨—٤٠ سانتغراد خاصة بروتين العجل ومصل الحصان ·

٧ — يخترق باشلس السل في وقت قصير جدا ويؤثر تاثيرا كبيرا في مناعته ضد الحامض (Acid Fastness) ويوصل الذهب الى جسم الباشلس لدرجة انه يمكن كشفه باحدى الكواشف الكيماوية

٨ يمنع نمو باشلس السل في زرع ما · وكان نموه في الوسيط (Medium) الذي استعملته وهو خال من الببتون (Peptone) نسبة ١—١٠٠٠ ويمكن تغير هذه النسبة بتغير الوسيط · ويجب ان نعلم ان كل من الاوساط التي تحتوي عَلَى كبريت الهيدروجين (H2S) تفكك السانكرسين وترسب ذهبه بشكل ذهب معدني وسلفات الذهب ·

تاثيره في صحة الجسم : لقد ذكرنا ان كل مادة لها جاذبية نوعية للطفيل تؤثر في الجسم الذي فيه الطفيل ولم تدرس بعد مسألة الجاذبية الكيماوية درسا كافيا اذ كان جل اهتمامنا منصرفا الى حقن كمية منه في الجسم دون اذى وقد توصلنا الى الحقائق الآتية : —

الدورة الدموية : ان حقن ١—٦ سانتغرامات سانكرسين بطريق الاوردة لكل كيلو من وزن الجسم لا يؤثر في توالي ضربات القلب ولا في عددها · والضغط الدموي لا يتأثر ايضا ·

الكريات الحمراء والهيموكلوبين : لا ضرر من حقن السانكرسين الوريدية المتكررة لغاية ست سانتغرامات للكيلو من وزن الجسم عَلَى الكريات الحمراء والهموكلوبين ·

الحرارة : تؤثر الجرعات لغاية ٤ سانتغرامات لكل كيلو من وزن الجسم في حرارته .

الكبد: لم تؤثر جرعات الست سانغرامات للكيلو من وزن الجسم بتاتا في الكبد ولا احدثت يرقانا .

الكليتان : ان اغلب افراز السانكرسين يحصل بطريق الكلية • ويمكن ان يعقب اعطاء السانتغرامين الاولين للكيلو من وزن الجسم قليل من الزلال يزول بظرف يومين او ثلاثة واذا لم تتجاوز الجرعة الاولى السانتغرام الواحد لا يظهر زلال وتتحمل الكليتان فيما بعد جرعة سانتغرامين دون حصول زلال • ومن الممكن زيادة الجرعة تدريجا لغاية ست سانتغرامات دون ظهور الزلال اذ تنشأ في الكليتين قوة احتمال السانكرسين •

الجهاز المعوى : ان اعطاء سانتغرامين سانكرسين للكيلو من وزن الجسم لا يؤثر تاثيرا ظاهرا في الامعاء وقد احتملت السعادين ٨ سانتغرامات دون ضرر •

الجهاز العصبي : يحتمل الجهاز العصبي جرعات لغاية ٦ سانتغرامات دون تاثير ظاهر فيه •

فيظهر من هذه التحقيقات ان جرعة السانكرسين بمقدار ١—٤ سانتغرامات للكيلو من وزن الجسم تؤثر تاثيرا يسيرا في الجسم الصحيح وموضع ضعف السانكرسين تاثيره في الكلية ويمكن اجتناب هذا التأثير بجعل الجرعة الاولى ان لا تزيد السانتغرام الواحد للكيلو من وزن الجسم والحد الاقصى سانتغرامان • واغلب الحيوانات تتحمل جرعات اكبر• ظهر من الاختبارات الطبية ان نفس الشيء يصدق على اكثر الناس من الجهة الاخرى ان التأثير في الكليتين يذهب سريعا ورغما عن اننا استعملنا احيانا جرعات بمقدار ست سانتغرامات فقد زال الزلال بايام قلائل ولم تؤد الاثار التي وجدت في كليات العجول بعد ستة اشهر الى التهاب الكلية المزمن •

قواعد توايد الحصانة (Immunobiological Principles) نعرف من ابحاث ما فوسي وكثيرون غيره Pruden & Hoddenply, Strauss & Gamaleia Calmette & Breton, Grancher & Ledoux L eard, Ussman Kostee-nick, Kkrompeker, Keller, Engel-sordt Baumgotten

وغيرهم ان لجراثيم السل المقتولة تاثيرا موضعيا عموميا في الجسم الصحيح • فالتأثير الموضعي يظهر بشكل خراج في موضع لحقنة واذا حقنت الجراثيم في الدم ينشأ تدرن ذروي (Miliary tubarcles) في مختلف الاعضاء والتأثير العمومي يظهر بصورة ضعف وهزال واضطراب في الامعاء •

وهذه النتائج جعلتنا نعتقد ان المركب الكيمياوي الذي يقتل جراثيم السل يسم جسم المسلول تسمما عظيما وتبين من ابحاث كوخ الشائقة ان تاثير التبركلين حقنا يختلف في الجسم الصحيح عن الجسم المصاب ولا يحصل التسمم في الحيوانات الصحيحة الاعقب اعطاء جرعات كبيرة من جراثيم السل المقتولة • ولا تظهر اعراض التسمم الا بعد مضي وقت طويل والجرعات الصغيرة كافية لاحداث التسمم بوقت قصير وهي معلومة عند كل من له المام بالمعالجة النوعية (Specific therapy) في الجسم ويجب ان ننتبه على الاخص الى فئتين مختلفتين من العلامات تتوقفا على التأثير التشريحي في الجسم •

الفئة الاولى تنشأ من حقن خنازير هندية وغيرها من الحيوانات الصغيرة الظاهر فيها التدرن كل الظهور بالتبركلين ١• وقد بين كوخ ان صدمة التبركلين تقتل الخنزير الهندي بظرف ٦—٣٠ ساعة وتحدث تغيرات مرضية في مختلف الاعضاء واضحة كل الوضح • والفئة الاخرى تنشأ من حقن التبركلين او الجراثيم المقتولة في جسم حيوانات مصابة بالتدرن المزمن واهم علاماتها ارتفاع الحرارة واذا حقنت جرعات كبيرة تتولد اعراض اخرى وهي الم في الاطراف وسعال غشيان وغثيان النفس ونظهر في حوادث كثيرة نفاط على الصدر والرقبة شبيهة بنفاط الحصبة ومن النادر ان يحصل بيرقان خفيف •

ان حقن مادة كيمياوية قتالة لجراثيم التدرن في جسم مصاب بهذا المرض لا بد ان يسبب بعض اعراض التسمم ولكن لم يحصل رد فعل عام الا في الخنازير الهندية ويظهر ان الحيوانات الاخرى اكثر مقاومة • ويتوقف حدوث الصدمة في الحيوانات التي هي اكبر من الارانب على مقدار السموم التي تنشأ في الجسم •

ونشدد القول هنا كل التشديد في ان حقن المادة القتالة للجراثيم في جسم المصاب بالتدرن يعرض الجسم لكل اخطار صدمة (التبركلين) (Tuberculin Shock) وفي كل الاحوال يحصل تفاعل تدرني يختلف قوة وضعفا •

ونرى من جهة اخرى ان كل مادة كيمياوية تحقن في جسم مسلول غير حصين ضد التبركلين ولا يحصل فيه تفاعل التبركلين لا ينتظر ان تمس تلك المادة جراثيم السل بسوء • وبما ان اغلب الحيوانات الكبرى المسلولة يحدث فيها تفاعل التبركلين الا في اوائل الداء واخره يجب ان يرافق الدواء المستعمل ضد المرض تفاعل شديد ما لم تكن حصلت الحصانة الفعلية او الاكتسابية •

فيتضح مما تبين ان المواد التي تقتل جراثيم السل يجب ان تحدث جرعتها التي لا تؤثر في الجسم الصحيح رد فعل شديد في الجسم المسلول •

فهل يصدق هذا القول على السانكروسين ؟ ذكرنا انفا ان حقن هذه المادة بطريق الوريد بجرعة سانتغرامين للكيلو من وزن الجسم لا يؤثر في حرارته ووزنه وجهازه المعوي ولا يولد زلالا اذا ابتدئ بجرعة سانتغرام التي تعود الكلية على افراز هذه المادة • وقد ظهر جليا من الاختبارات السريرية ان تاثير التبركلين في الجسم المسلول والصحيح يختلف كل الاختلاف • فربع الجرعة واحيانا عشرها التي تحدث رد فعل في المسلول لا تؤثر في جسم الصحيح • وقد شاهدنا اثناء اختباراتنا السريرية والعملية في الانسان والحيوان اعراضا مختلفة لكل من الاثنين بعد حقنهما بالتبركان •

صدمة الساكنروسين : وجدت في اوائل اختباراتي بان ثلث جرعة السانكروسين التي يتحملها الخنزير الهندي الصحيح تحدث تسمما شديدا في الخنازير الهندية المتأصل فيها التدرن وتقتل بظرف ١٦—٤٧ ساعة وقد وجدت نفس التغيرات المرضية التي وجدها كوخ في الخنازير الهندية المقتولة بالتبركواين خاصة منطقة نزف كبيرة حول التدرن ممتدة الى النسيج المحيط به • ووجدت نفس الشيء اثناء اختباراتي فيما بعد في الحيوانات المتقدم فيها التدرن (كالاعنز والعجول والسعادين) وكانت الصدمة على الاخص ظاهرة كل الظهور

في السعادين لانها حساسة جدا للسموم · وحينما تدخل العدوى بحقن جراثيم التدرن البشري بين طبقات البرتون يتولد في السعادين تدرن البرتون المزمن الذي لا يميت الا بعد ثلاثة اشهر او اكثر ·

واذا حقنا في عضلات الساق الخلفية سانتغرامين سانكرسين للكيلو من وزن الجسم في الاسبوع الثالث بعد العدوى يحصل تدرن برتوني مصلي دموي Serosanguinous Peritonitis بظرف ٦ — ٢٤ ساعة ويموت الحيوان في خلال ٤٨ ساعة ·

ومع ان الاعنز والعجول اكثر مقاومة فاغلبها يموت بعد حقن سانتغرامين سانكروسين للكيلو من وزن الجسم · وقد وجدنا في كل الحوادث نفس التغيرات المرضية التي كنا نجدها في الخنازير الهندية المصابة بالتدرن وقد تمكنا من درس الصدمة درسا مطولا في العجول التي لا تموت عقب ٤٨ ساعة من حقن التبركلين · فيبتدئ عادة بالزلال الذي يتولد من التهاب الكلية المزمن وبعد ظهور مرض الكلية بمدة يسيرة تلتهب عضلات القلب وثالث ادوار التسمم واخرها ظهور انتفاخ Oedema شديد في الرئتين يزداد تدريجا حتى يموت الحيوان ويخرج من فمه وانفه سائل رغوي · ويظهر قبل الموت بمدة وجيزة علامة طبية مهمة وهي سقوط حرارة الجسم درجتان او ثلاث درجات وفي اكثر الحوادث يموت الحيوان في اقل درجات الحرارة واحيانا ينتعش ثم يموت بعد يومين ·

Serothearpy of Sancrosyin Shock

صدمة السانكريزين تحققت من استقرائي على ثلاثين حيوان عولجت بالسانكروسين · ان الصدمة تحصل في دورين مختلفين من الثلاثة اسابيع الاول بعد العدوى الاصطناعية وفي الاسابيع الاخيرة قبل الموت ومن المعلوم ان عدد الاجسام المضادة قليل في هذين الدورين ان لم تكن معدومة · فقلت ربما تكون في الدور المزمن مضادات antigens قادرة ان تدرأ عن الجسم خطر الصدمة ولا تحقق هذه النظرية حقنت بطريق الوريد عجلين مسلولين مصابين بصدمة سانكروسين شديدة بمصل عجل مصاب بالسل منذ ثلاثة اشهر وكانت النتيجة باهرة لان العجلين شفيا بساعات قليلة وارتفع الزلال في ٢٤ ساعة · وهذه الملاحظة ادتني الى توليد الحصانة في الحيوانات ضد الصدمة · وبما ان الصدمة سريعة الحدوث ولا وقت لتوليد الحصانة الفعلية في الحوادث الحادة فاتقاء الصدمه يكون في الحصانة المكتسبة بواسطة المصل · وقد تحققنا ذلك بواسطة الاختبار وتمكنا من وقاية حيوانات مصابة بالتدرن من الصدمة وشفينا تلك الصدمة بحقن تلك الحيوانات بمصل استخرجناه من حيوانات اخرى احدثنا فيها الحصانة بادخال جراثيم سل مقتولة الى جسمها · وقد حضرنا هذا المصل اولا بحقن عجول حقنات متكررة من جراثيم السل المقتولة والتبركلين · اما في الوقت الحاضر فيستخرجونه بحقن جراثيم نزع دهنها وعوملت بالفورمالين حسب قاعدة دريير Dryer's Principle وقد زادت قوة المصل بهذه الواسطة (باضافة مضادات اليه) وصار استعماله في الخيل ممكنا ·

عالجنا بهذا المصل اربعين عجلا وعنزة مصابة بالزلال عقب حقن السانكروسين اكثر من ١٢٠ مرة وقد ارتفع الزلال في كل الحوادث التي كانت عدواها معتدلة بسرعة

في اكثرها وبعضها ببطئ وتوقفت الصدمة بتاتا ولم تحدث الا في الحيوانات التي اعطيت جرعات كبيرة (٧ سانتغرامات او اكثر من الجراثيم الفعالة) فنستنتج من هذا انه سيكون للمصل تأثير كبير في نجاح معالجة هذا الداء · ظهر من التجارب في العجول والسعادين وايدتها التجاوب السريرية في البشر بان المصل يشفي الصدمة في بداءة سقوط الحرارة اذا حقن وريديا بجرعات كبيرة · واذا استمر الهبوط وقتا طويلا فمن الممكن ان يعقب المصل انتعاش موقت ولكن الموت ياتي فيما بعد من هبوط القلب · فيجب حقن المصل في المعالجات السريرية حين اول ظهور الزلال لانه نذير الصدمة · وليس من الضروري ان يعقب الزلال الصدمة ولكن المرء لا يدري في اي الحوادث تحصل وفي ايها لا تحصل · فمن واجب المعالج ان ينتبه اشد الانتباه الى هذه النقطة ولا يهمل المعالجة بالمصل قبل ان يختبر احوال مرضاه وامزجتهم اثناء المعالجة بالسانكروسين ·

ويظهر لي من كل هذه الابحاث ان السانكروسين يحدث تسمما حادا في الحيوانات وفي البشر المصابين بالتدرن ولا يحدث هذا المرض في الصحاح ولو اعطيت جرعات اكبر من التي تعطى الى المصابين · ويمكن منع هذا التسمم والشفاء منه بحقن مصل استخرج من عجول وخيل صحيحة ولدت فيها الحصانة بواسطة جراثيم سل نزع دهنها وعولجت بالفورمالين · فعليه نرى ان احداث الحصانة ضد السانكروسين في المصابين بالتدرن من انسان وحيوان ممكنا · وهذا احسن برهان محسوس على تاثير السانكروسين في جراثيم السل ·

رد فعل جسم المسلول المحصن ضد الصدمة : بينا فيما تقدم ان في الحيوانات المصابة بالسل المزمن حصانة قوية ضد الصدمة ونفس الشيء يصدق على البشر ويتحمل المصابون حقن السانكروسين دون ظهور زلال او اي علامة من علامات الصدمة ·

ويحدث في جسم المسلول سواء كان محصنا حصانة فعلية او اصطناعية بالمصل رد فعل شديد اثر السانكروسين تختلف اعراضه عن الصدمة وتظهر عوضها علامات الفئة الثانية وهي رد الفعل التدرني Tuberculous reaction واهم اعراضه ارتفاع الحرارة ظهور نقاط في الجسم نقص وزن الجسم غشيان اضطرابات معوية ويحصل خلاف ذلك رد فعل موضعي كالذي يحصل حين حقن التبركلين ·

ولا مجال للبحث هنا عن رد الفعل اذ بحث عنه الاطباء بحثا مستفيضا وقد وافقت الاختبارات العلمية المشاهدات السريرية ومن اراد التعمق في هذا البحث احيله على كتاب نتيجة اعمال المستوصفات الدانماركية عنوانه Holger Moelgaard, Chemothrapy of Tuberculosis Copenhagen 1924 وغيره من المطبوعات .

عدم حصول رد فعل اثناء المعالجة : هذه نقطة بخصوص رد الفعل نشدد القول في اهميتها · ان رد الفعل يتلاشى شيئا فشيئا كلما تلاشت اعراض المرض · وتلذ لنا هذه الحقيقة لانها طبق ما نترقبه من السانكروسين اذا كان حقيقة يشفي من التدرن · وليعمل هذا العمل يجب ان يحول الجسم من حالة الى اخرى من جسم شديد رد الفعل للتبركلين الى جسم لا تؤثر فيه هذه المادة اي يصير كالجسم الصحيح · وبما اننا شاهدنا حقيقة هذا التحول نعتقد انا اقتربنا من فكرة الشفاء الحقيقي · فان الحيوان

الذي شفي من السل بتحمل جرعات السانكروسين دون حصول زلال وارتفاع الحرارة ونقص الوزن وظهور نقاط ورد فعل موضعي واضطرابات معوية الخ ·

ونرى من الوجهة الاخرى ان تغيرات السل المرضية معقدة لدرجة لايمكننا ان نجزم بالشفاء الحقيقي حين عدم حصول رد فعل السانكروسين · ووجدنا في تجاربنا في الحيوانات ان عدم حصوله ينشأ من ثلاثة اسباب ·

١ : تطهير الحيوان تطهيرا كاملا من جراثيم السل لدرجة ان الكواشف المستعملة لكشف هذا المرض تكون سلبية ·

٢ : نشوء حصانة كاملة وعدم حصول رد فعل بركي Pirquet reaction

٢ : عدم حصول رد الفعل لان بقية الجراثيم مسورة ضمن نطاق من نسيج ليفي اومتكلسة وفي هذه الحالات يظل رد فعل بركي . ولا نعرف ان كان هناك جواز آخر وهو مناعة جرثومة السل للذهب (اي ان الذهب لايستطيع اختراقها) واذا وجدت هذه المناعة فانها موقتة وعلى كل لايمكننا الجزم الاكيد ·

ونحن نعرف النقطتين الاخيرتين من تجاربنا الطبية في البشر · ولانتمكن ان نبرهن الآن على النقطة الاولى لان ابحاثنا لاتزال في دور طفولتها ولا اعتقد شخصيا ان البرهان ممكن طبيا ·

ان رد فعل السانكروسين يبقى يومين او ثلاثة ايام قبل ان يزول الزوال التام · ويعبر عن الدور الموقت الذي يحصل بين زوال اعراض السل من الرئتين وزوال رد الفعل برد الفعل المتأخر Late reaction ويلذ لنا هذا المظهر لانه يثبت لنا قوة السانكروسين على البقاء اربعة ايام في الجسم والانتشار في الاغشية الحيوانية · ويمكننا تعليل رد الفعل المتأخر بان قد قضي على اكثر الجراثيم والباقي منها كان اشد مناعة من الاولى فيبطئ وصول السانكروسين اليها بالانتشار · ولهذه الملاحظة اهمية كبرى في التجارب الطبية · وقد رأينا بالاختبار ان رد الفعل المتأخر كان يظهر فقط في آخر دور من ادوار الشفاء ·

اما اذا كانت الجراثيم محمية ضمن انسجة ليفية Fibrous Tissue كالسل المزمن فنرقب ان يحصل رد الفعل في المعالجة وقد تبين من الملاحظات الطبية ان رد الفعل المتأخر يحصل احيانا بعد يومين من حقن السانكرسن ·

ومن المهم جدا ان يعرف الطبيب ان رد فعل شديد يحصل بعد اربعة ايام كي لا يعرض مريضه الى خطر اعطاء السانكرسن اثناء هذه المدة فتتراكم السموم وتؤذيه واذا لم يكن مسوغ الى الاسراع في تكثير عدد حقن السانكرسن فالاوفق ان لاتقل الفترة بين حقنتي السانكرسين بجرعة سانتغرامين للكيلو من وزن الجسم عن اربعة ايام · ولنفس السبب لا يجب حقن جرعة سانكروسين جديدة اثناء ارتفاع الحرارة الناشئة عن حقنة سابقة ·

نتائج الشفاء : ان خلاصة اختباراتي فى الحيوانات كما ياتي : —

خلصت معالجة السانكرسين المقرون بالمصل حياة اعنز وعجول وسعادين متأصل فيها المرض وشفتها شفاء تاما · وتبين لي من جهة اخرى ان تطهير الحيوانات تطهير كاملا (اي خلوها من الجراثيم) صعب جدا وارجح انه نادر

جدا في الحيوانات المتأصل فيها المرض · وقد تمكنت من معالجة اربع حوادث خفيفة وحادثة واحدة ثقيلة معالجة كاملة حتى صار الكاشف في الارنب سلبيا وكان الكاشف في التجارب الاخرى ايجابيا مع ان التدرن خف وصار عبارة عن تدرن مكلس في الرئتين ومادة صلبة في غدد شعب الرئة ·

ويجب في اعتبارنا هذه الملاحظات الطبية ان نشدد القول في انه ظهر من التجارب في الحيوانات ان اكثر الشفاء حصل في التدرن النزيزي (١) (Exudative Pneunonic Type وقد اخترت هذا النوع تجنبا للانواع المزمنة المختلفة المعروفة تمام المعرفة وهي متبعة جدا وباختباري اياه قيدت نفسي بحصر شفاء السانكرسين في التدرن الرئوي النزيزي · اتضح لي ان الكاشف الذي استعملته في الارانب اثناء اختباراتي ان امكان تطهير الجسم من الجراثيم يتوقف على مقدار استفحال الداء واذا كان بلغ درجة التأكل الجبنى (caseous destrucion) اولا · ولم نجد اثناء الفحص الرمي (Post Mortem) في الحوادث التى كانت كواشفها سلبية اثرا للتدرن او كان قليلا جدا · اما فى الحوادث التي كانت كواشفها ايجابية فقد وجدنا تدرنا اكبر واكثر رغما عن كونه مكلسا ·

فعليه يجب ان نترقب احسن نجاح من معالجة السانكرسين المقرون بالمصل في التدرن الرئوي النزيزي وقد ايدت الاختبارات السريرية هذه النظرية واحرزنا النتائج الباهرة في معالجة هذا النوع · وبما ان معالجتنا الحاضرة التي من ضمنها ادخال النيتروجين الى البلورا (Artificial Pnenmothorax) قصرت عن الغاية المطلوبة فيجدو بنا تجربة السانكرسين ولو ان فائدته محصورة في النوع الذي ذكرناه ·

بيد انا نرى من جهة اخرى ان اختباراتنا تحملنا نعتقد اننا سنتمكن في وقت قصير من شفاء اشد انواع السل في اكبر ادوارها وان تحدث فيها تصلبا وتكلسا · وتبين لنا من الاختبارات السريرية انه حتى التدرن الدروي الحاد (Acute military Tuberculosis) قابل للشفاء · نعم ان نتيجة المعالجة ضمن في النوع النزيزي ولكن ذلك لا يمنعنا من الحصول على نتائج حسنة ايضا في الانواع الاخر التي هي اشد منه · وظاهر من الاختبارات السريرية انه من النادر جدا حدوث نوع مستقل من الانواع · فنجد في اغلب الحوادث النوع النزيزي والتدرني ولكن تاثير السانكرسين على النزيزي اكثر من التدرني ·

من البديهي ان تكون درجة تاثير السانكرسين متوقفة على مقدار التدرن وخطورته · ووجدت في اختباراتي في العجول والاعنزان الحد الذي يمكن الشفاء عنده هو العدوى بمقدار سبع سانتغرامات من جراثيم السل للكيلو من وزن الجسم وقد تمكنت من شفاء حادثة واحدة مقدار عدواها عشر سانتغرامات من الجراثيم للكيلو من

(١) يقسم الدكتور ملاكارد السل الى قسمين النوع النزيزي المذكور اعلاه ويحصل فيه تجبن الرئتين ونزيز مؤلف من فبرين وكريات دم بيضاء وخلايا الرئتين والنوع الثاني القسم التدرني Productive T. B. C. وهو عبارة عن نسيج ليفي وتدرن في الرئتين ·

وزن الجسم وفي بعض الحوادث التى كثرت فيها الجراثيم اضطررت الى توقيف المعالجة نظرا الى حصول هزال شديد بسبب كبر جرعة السانكرسين والجرعة الصغيرة لا تفيد

ويجب ان يعلم ان هذا الحد غير نهائي لانه يتوقف عَلَى قوة الزرع المستعمل للمعالجة • وظهر من التجارب في الحيوانات انه يمكن ان يعترض الشفاء بالسانكرسين امراض اخرى وهي ما يعبر عنها بالعدوى المختلطة (Mixed infection) لان التأثيرات الاخرى تمنع وصول السانكرسين الى جراثيم السل بحصرها ضمن كتلة متصلبة متكونه من الانسجة البالية • وقد شاهدنا هذه الحقيقة في الاعنز التى امتد السل في رأسها بدرجة هائلة •

وقد فحصت رآت ثلاث عجول عقب اسبوعين الى اربعة اسابيع من المعالجة بالسانكرسين المقرون بالمصل فوجدت بالفحص المجهري في كل المستحضرات المصبوغة بطريقة زهل نلسن (Ziehle Neelsen) تدرنا كبيرا منيعا ضد الحامض فيه جراثيم معوجة منيعة وغير منيعة خاصة في انقاض بعض التدرن الدروى الصغير وبينها بعض الجراثيم انبيعة ضد الحامض باشكالها الطبيعية ووجدت ايضا سلسلة انسجة حبيبية (Granulation Tissue) وكانت كل الحبيبات تقريبا داخل الخلايا وارجح ان هذه هي الطريقة التى تتلاشى بواسطتها الجراثيم من الانسجة بالمعالجة وانني ارى اهمية كبرى لهذه التغيرات •

يختلف تاثير المعالجه في الحلات المصابة فيما اذا كان المرض بلغ التدرن الجبني (Casseous Tubercles) اولا • وشاهدنا تحت المجهر في حوادث التدرن النزيزي التى شفت انابيب شعرية مندثرة وبعض الاوعية الدموية وخلايا حيطان الرئة مما نجده ايضا في رآت عجول فى الصحة التامة •

اما في الحوادث التى بلغت درجة التدرن الدروي والتدرن الجبني فقد وجدنا نفس التغيرات التى نجدها في الحوادث التي شفيت من السل فجأة وهي تصلب وتكلس والذ ما لاحظناه ان التدرن الدروي قد ينمو مع الانسجة الليفية وينشأ في وسطه بعد مضي اربع اسابيع ونصف الى عشرة اسابيع من تاريخ المعالجة قطعة كلس بصلابة الحجر ووجدنا انه قد احاط التدرن الذي هو اكبر في وقت قصير سرر من خيوط نسيج ليفي تملأ وسطه قطع من كلس •

هذه هي التى تبين حقيقة تاثير المعالجة بالسانكرسين تؤيدها الاختبارات السريرية في شفاء التدرن بواسطة هذه المادة •

الدكتور

شريف عسيران

تأثير التدخين على الهضم

تعريب الدكتور صائب شوكت

ان تأثير التدخين على الهضم معلوم بدرجة انه يظن ان لا لزوم للبحث عنه كثيرا • وقد يقع ان بعض الاطباء في اغلب الحالات يدعون ان ليس له تأثير مضر بل ان تأثيره نافع وذلك فيما يخص الدفع الطبيعي وتنبيه فعل التغوط ويذكرون « سيجارة الصباح » المشهورة وتأثيرها عليه فالمتعودون على التدخين يبحثون عن هذا التأثير السطحي فقط ويتناسون المضرات العديدة التي تلحق بالجهاز الهضمى منه وكثير من الزملاء يدخنون مقادير كبيرة بكل ارتياح فهم لا يريدون ان يفكروا في اضرار النيكوتين العديدة حتي تظهر عليهم آثار تسميمه المشؤومة •

يظن كثير من الزملاء عدم وجود مضرات في التدخين الاعتيادي لان الدخان لا يحتوي عَلَى مقدار عظيم من النيكوتين ونشاهد كثيرا من الناس الذين بلغ عمرهم ٧٠—٨٠ سنه يدخنون مقدارا عظيما من السجاير •

وقبل الشروع في شرح اضرار النيكوتين احب ان ابين هنا بعض المواد الاساسية كمقدمة لذلك •

النيكوتين هو من ادهش السموم تأثيرا عَلَى البدن • فالمقدار القاتل منه يعادل المقدار القاتل من (الحامض السيانهيدريك) الذي هو من ادهش السموم • فعشرون سنتيغرام من النيكوتين تميت الشخص السليم بمدة ٢—٦ دقائق • ولنعلم ان ستة من السيجار Zigar تحتوي عَلَى ٣٠ سنتغرام من النيكوتين فاذا اكل احدهم هذه الكمية من التبغ (اي التتن) كما يفعل بعض المجانين ، يموت بلا شك بسرعة هائلة • وتدخين عشرين سيجارا او مائة سيجارة صغيرة عادية قد يسبب الموت • ومما يستحق الذكر ان العلق الذي يوضع عَلَى جلد احد المنهمكين بالتدخين الشديد — يموت بنتيجة مص دم المدخن المتشبع بسم النيكوتين • وانني اسئل هؤلاء المدخنين هل يمكنهم ان يعدو لانفسهم مشروبا لذيذا من (الحامض السيانهيدريك) لاجل الانس والطرب ؟ • وهل هناك مجنون يجسر على شرب ذلك ؟ •

لقد دارت مناقشات عديدة في هل توجد مادة اخرى في الدخان غير النيكوتين تؤثر كسم قاتل ؟ • ولقد ظهر في نتيجة مساعي الاستاذ هانيس ماير (H. Meyre) انه وان كان في التبغ بعض المواد السامة الخفيفة الاخرى الا انها كلها تبقى بمثابة لا شيء نسبة للنيكوتين •

يوجد في تركيب الدخان المستحضر للتدخين زهاء (٠،٦٥—٥) في المائة من النيكوتين يذهب ما يعادل الثلث منه مع الدخان المتصاعد ويتلاشى قسم آخر منه في المنطقة المحترقة في السيجارة • ويقدر هذا المقدار المتلاشي في السيجار ١ في المائة وفي السيجارة ٣٠ في المائة •

ومن الامور المهمة هي كيفية التدخين ومقدار الدخان الذي يدخل الى الجسم • ففى تدخين السيجار او السيجارة يزول من الدخان ما يقارب نصفه قبل ان يدخل الفم ولا يدخل الى البدن سوى الثلث منه • ويتجمع

مقدار كبير من النيكوتين في عقب السيجارة والذين يدخنون عقب السيجارة ايضـا يعرضون انفسهم الى اخذ مقدار كبير من النيكوتين ومما يؤثر عَلَى كمية النيكوتين المبلوع هو درجة الاحتراق فالسجاير التي تحترق بصورة ناقصة تترك القسم الاعظم من النيكوتين للدخان المبلوع ودرجة الاحتراق تابعة لجنس الدخان وكيفية استحضاره فالدخان المستحضر بصورة جيدة لايساعد على دخول اكثر من ثمانية في المائة من النيكوتين الى البدن والحال ان السجاير الرديئة تعطي ٣٣ في المائة من نيكوتينها الى البدن ٠ فالسجاير المحتوية عَلَى قليل من النيكوتين اذا لم تحترق جيدا تعطي البدن منه اكثر مما تعطيه السيجاير المحتوية عَلَى كثير منه والمحترقة جيدا ٠

لايحترق النيكوتين في السجـاير الرطبة بل يساق الى القسم الخلفي من السيجارة بعد التقطير ومن هنالك يدخل الفم فالسجاير الرطبة اشد ضررا واشعال السجاير مرارا بعد اطفاءها مما يزيد دخول النيكوتين منها الى البدن ٠ وعقب السيجارة يحتوي عَلَى كثير من النيكوتين والربع الاخير من السيجارة فيه من النيكوتين مايعادل النيكوتين الموجود في الثلاثة ارباع الاولى ٠ ولذلك تتضـاعف اضرار التدخين عند استعمال اعقاب السجاير المستعملة من قبل ٠

اما الذين يبلعون الدخان اويستنشقونه فيعرضون انفسهم الى اخطار عظيمة لان الغشاء المخاطي المعدوي يتخرش كثيرا بالدخان ٠

يظهر مما تقدم ان ضرر التدخين ليس تابعا لعدد السجاير وثقلها فحسب بل يتبع ايضا طرز التدخين وحساسية الشخص بالنيكوتين الذي يضر البعض ضررا عظيما ٠ فقد من التدخين هو ليس الذي يدخن السجاير بمقدار محدود ٠ فلقليلي التدخين حساسة شديدة بالنيكوتين ٠ ويمكن حصول اعراض تسممية في هؤلاء اذا دخنوا بضعة من السيجاير الكبير الرطب .

يتركب البدن من عدة اعضاء واجهزة ولانواع السموم تأثيرات خاصة عَلَى بعض تلك الاعضاء والاجهزة وكذلك النيكوتين فانه يؤثر عَلَى بعض الاعضاء دون غيرها ٠

ففي حال فحص المرضى واستجوابهم عَلَى الطبيب ان لايكتفي بالسؤال عن عدد السجاير التي يدخنها المريض ونوع الدخان الذي يستعمله بل يجب ان يسئله كذلك عن طرز التدخين ومبلغ حساسته بالنيكوتين فكثير من الذين يدخنون قليلا يملون التدخين لان اجسامم لا تقوى عَلَى تحمل اكثر ذلك ٠ وليس تاثير الدخان عَلى الاوعية الدموية في المرضى طريحي الفراش فقط بل يمكن مشاهدته على الحيوانات تجريبا ٠ واول جهاز يتأثر من النيكوتين هو جهاز الهضم واول نقطة يؤثر عليهـا هي العقدات السمبائية فهذه هي المراكز العصبية التى تدير فعل الهضم ٠

اتضح لمن تعقب ما ذكرناه بامعان ان النيكوتين من الاسباب التي تولد الامراض المعدوية الهضمية فعلى الاطباء الذين يعالجون الامراض الهضمية ان يحققوا عن التدخين دائـما

وقد يحصل للذين يتركون التدخين بضعة ايام تحسن في صحتهم تنسيهم لذة التدخين التي اعتادوا عليها منذ سنين ٠

يؤثر النيكوتين عَلَى جميع جهات الهضم من الفم حتي الشرج ٠ فلنبدأ من الفم :

فالدخان يزيد افراز اللعاب والنيكوتين من المواد المخرشة للغدد اللعـابية ٠ ولدى ابتلاع تلك الكمية العظيمة من اللعاب المفرز ينتج تاثير سيئ عَلَى الهضم ٠ ونظرا لرأي بعض المؤلفين ان التدخين يزيد في مقدار املاح الكبريت في اللعاب وهـذا مما يؤثر تاثيرا سيئا عَلَى جهاز الهضم ويحدث فيه سوء الهضم المزمن ٠ وعـلة ذلك ان تكاثر املاح الكبريت السيانوري في الانبوب الهضمي يؤثر عَلَى المخمرات الهضمية تاثيرا بطيئا ولكنه مضر وعلى الاخص عَلَى هضم الزلال والكازهئين ٠

ومن السهل معرفة التغيرات التي تطرأ عَلَى اللسان من التدخين الشديد ٠ فهي عبارة عن بقع وشوائب بيضاء غير منتظمة وذلك ما يسمونه Leuktoplakie فهذه الشوائب البيضاء لن تحصل من داء الافرنج كما يظن سابقا من التدخين الشديد ويجب ان تجلب اعتنائنا الشديد لان الربع من هذه الشوائب ينقلب الى السرطان ٠ ان قئ الصباح لم يحصل من استعمال المشروبات الكحولية فقط بل اكثر ذلك يحصل من كثرة التدخين ومن المكث لمدة طويلة في الغرف المملوءة بالدخان فالتهاب القصبات او النزلة الصدرية المزمنة الحاصلة من الدخان تؤدي الى ضخامة اللوزات التي لا نجهل نتائجها السيئة ٠ واحدى مضرات التدخين المهـة هي التأثيرات التشنجية المختلفة ونظرا الى Muller تحصل التشنجات في البواب واخرى في الفؤاد بنتيجة التدخين ٠ واهم ذلك هي تشنجات المعدة التي تؤثر عَلَى افرازها وحركاتها وكثيرا ما نرى تزايد الافراز المعدوي والمخاطي الكثير بنتيجة الالتهاب الحاصل من تخريش النيكوتين ٠ وعند استعمال الدخان بكثرة وبالاخص في حين مضغ التبغ في الفم يحصل تناقض العصير المعدي وفي بعض الاحيان انقطاع العصير المذكور تماما ويحصل من ذلك ضعف شديد وفقر دم مترقي ٠ واذا شوهد تزايد الضعف ووجع المعدة يجب ملاحظة حصول الورم الخبيث ٠

اني كثيرا ما شاهدت في زمن الحرب حدوث التهاب المعدة الحاصل من التدخين الكثير فى افراد الجيش وكان ذلك مصحوبا بتزايد حامضية العصير المعـدي ٠ ونظرا لرأي (فلايشه ر) يولد التدخين الراطب احتقان الغشاء المخاطي ويحصل من ذلك في بعض الاحيان نزف دموي وكذلك الانقية فانها تولد التهابا معدويا مزمنا لان جانبا من التبغ يذهب من الانف الى المعدة بواسطة البلع ٠

ومن مضرات النيكوتين هو تسمم الاعصاب المحركة للمعدة والامعاء وينتج منه عطالة هذه الاعضاء ٠

ولقـد ثبت نتيجة التجارب في هضم الزلال يتأخر باضافة قليل من التبغ وشاهدت في احدى المرضى الذين لم يعتادوا عَلَى التدخين حصول سوء هضم شديد وعطالة فى حركات القناة الهضمية الى حصول اضطراب شديد في المريض وذلك نتيجة تدخين شديد في ايام قليلة وزالت جميع هذه الاعراض بعد ترك التدخين بعشرة ايام ٠

ومن النتائج المهمة المضرة لكثرة التدخين هو حصول الاوجاع المعدوية المعلومة لدي الاختصاصيين ويصحب ذلك القئ وفي احدى الحالات كان يحصل الوجع كل مساء بصورة منتظمة وينتشر الى الظهر والكتف وتبلغ هذه

الاوجاع حدها الاعظم في الصباح عند ما يتم تدخين اول سيجارة · وكثيرا ما يشتبه بوجود قرحة معدوية واني اعرف مرضى اجربت لهم عمليات جراحية ولم يوجد في معدهم تغيير عضوي · وزالت جميع تلك الاوجاع بترك التدخين · واعرف احدى المرضى الذي زالت جميع الامة واوجاعه بعد ترك التدخين ببضعة ايام وكانت معدته حساسه تجاه الدخان بدرجة ان الامه واوجاعه رجعت اليه حينما جرب ان يدخن سيجارة واحدة ·

وحيث ان قد تحقق ان الدخان يولد قروحا وجروحا في المعدة فمن الممكن انه يسبب حصول القرحة المعدوية · فالتشنجات الوعائية والقروح تحصل من التسمم بالنيكوتين مباشرة · وما اكثر الاشخاص المدمنين عَلَى التدخين الذين يمرضون بتصلب الشرايين و الاورام الخبيثة المعدوية وهم بين ٤٠ ٥٠ سنة من العمر ·

وقد وصف (رومهلد) جملة اعراض تشاهد خصوصا في مفرطي التدخين وتدل على تسمم مزمن بالنيكوتين وهي خفقان القلب وسرعة النبض والاكسترا سيستول وضيق النفس ، وانقاض الصدر والشعور بالالم فى ناحية القلب ·

ووصف (آرثر) صورتا من مرض خاص يحصل من كثرة التدخين والتسمم بالنيكوتين وهو نوع من سوء الهضم اطلق عليه اسم (سوء الهضم المعائي المتقطع الناشئ عن تصلب الشرايين) ففي هذا المرض يحصل في الامعاء فقر دم متقطع يؤول الى انتفاخ محدود في البطن مصحوب بالوجع و يكون الوجع شديدا في بعض الاحيان ويدوم زمنا طويلا · ويوجد في البطن ريح شديد في جميع نوبات المرض وبراز المريض يكون ذا رائحة كريهة ·

واما الكبد والبنكرياس فلا يبقى مصونا من الآفات حصول التهاب البنكرياس المزمن من خروج البراز الشحمى والاوجاع البطنية المنتشرة الى الاطراف والضعف الشديد المتوفى وكل ذلك يحصل من التغيرات التي تطرأ عَلَى الشريان البنكرياس من تسميم النيكوتين · يحصل بعض الاحيان في الذين يكثرون في التدخين اوجاع شديدة بشكل القولنج الكبدى وكثيرا ما يشتبه في وجود الحصاة الصفراوية · فضخامة الكبد هي من التغيرات الاساسية التي ترافق دائما كثرة التدخين · فيجب الاعتناء بالتشخيص في هذه الحالات · فاذا لم يحصل الم بالضغط عَلَى الناحية الكبدية واذا كانت الحركات الصدرية في الجهة اليمنى كاملة في اثناء الشهيق واذا لم يكن تحول في الحرارة حينئذ يمكننا ان نحكم بعدم وجود مرض التهابي في الكبد ·

وقدظهر لى من التجارب التى اجريتها ان الامعاء حساسة اكثر من المعدة تجاه النيكوتين اذ يحصل فيها تشنجات شديدة تضمر بالافعال المعائية كثيرا · ويزداد التشنج بدرجة اشتداد تسمم الجملة العصبية السمباثوية بالنيكوتين · ويحصل من ذلك الاسهال والقبض الغير منتظم المتعاقب والاوجاع المختلفة · والاعراض التي تدل عَلَى تضيق الامعاء كالريح في البطن والتبرز بشكل اسطوانات رقيقة ذلك مايخيف المريض والطبيب دائما ظنا ان هناك ورما خبيثا سبب تضيق الامعاء ·

اما اعراض النزلة المعائية فهي من الحادثات التى تصادفها كثيرا في التدخين الكثير ومن اهم التغيرات التى

تحصل من تاثير النيكوتين عَلَى الاوعية الدموية هو تشنجها الذي يضر بالدورة الدموية المعائية · فينتج ذلك قلة امتصاص الغازات والعطالة في الامعاء ومن هذا يحصل الريح البطني الذي ياخذ شكل خاص يسمونه (سوء الهظم المعائي الريحي) ·

ومن جملة الامراض التي تحصل من تسميم النيكوتين هو التشنج الشرجي · فالتشنج الشرجي الذي يداوم مدة طويلة والذي يظهر باوجاع في المقعد وظهور الغائط بشكل صفائح رقيقة هو كثير الحصول للمدمنين عَلَى التدخين ولقد ثبت بنتيجة التجارب عَلَى الحيوانات ان النيكوتين يسبب تقلص العضلات المستعرضة المعائية وكثرته تنتج تشنجا كزازيا

ويجب ان لا يستبعد حصول الاورام الباصورية بنتيجة التدخين الكثير لان النيكوتين يسبب تقلص الاوعية الشرجية ويمنع رجوع الدم ودورانه وذلك ينتج حصول اورام باصورية · ويحصل من كثرة التدخين في بعض الحالات نزف شديد من الغشاء المخاطى الشرجي ·

ومن النتائج النادرة لتسمم النيكوتين هو حصول الشهقة والحكة الجلدية ·

ان التغيرات التي تحصل في الجهاز الهضمي من كثرة التدخين هي سليمة الطبيعة ولكن يجب ان لا ننتظر زوالها بسرعة بعد ترك التدخين ففي بعض الحالات لا تزول الا بعد مدة طويلة فاذا كانت هذه التغيرات قديمة ولم يترك التدخين رغم ذلك حينئذ يحصل تغيرات عضوية اساسية يصعب ازالتها ويجب ان لا تتسرع في الحكم على ان الاعراض لم تحصل من التدخين اذا لم تكن سريعة الزوال بعد ترك التدخين · فعلى الطبيب ان يسأل المريض دائما عن التدخين وكثرته كلما رأى فيه تغيرا في الهضم ويجب ان يوضح له اضرار الدخان وتسميم النيكوتين الشديد ·

امراض المبادلات الغذائية

الديابطس

للاستاذ الدكتور ف . اومبر — برلين

٣ — البول السكري السليم

تعريب الدكتور هاشم الوتري

يراد بالبول السكري السليم افراز كمية من السكر مع الادرار بدون ان يكون في البدن تغيرات مرضية مهمة . وليس لهذا البول السكري علاقة بالمرض المعروف بالديابطس ويختلف عنه من وجهتي الانذار والتداوي .

واول من بحث عن هذه الحالة (لبين) في ١٨٩٥ و (كلمبرر) في ١٨٩٦ وسميت اذذاك (بالديابطس الكلوي) واخيرا (بالبول السكري الكلوي) اذ اتضح ان ليس لهذه الحالة علاقة بالديابطس وقد سميت بالبول السكري الكلوي ، لان الكلي تكون في هذه الحالة اكثر سماحا بمرور السكر العادي الذي في الدم واطراحه مع الادرار . وقد رأى (ه‍. سالومون) ان نسمي هذه الحالة (بالبول السكري السليم) لان هذا الافراز السكري انما هو حميد الطبيعة .

وهذه الافرازات السكرية الحميدة لم تكن كثيرة الوقوع ولم اصادف منها الا ٣٥ حالة من بين حالات الديابطس العديدة التي شهدتها في خلال ١٠ سنوات . ومن اوصافها المميزة لها انها لاتكون مصحوبة بتزايد السكر الدموي .

ومقدار السكر الذي يطرح مع الادرار في حالات البول السكري السليم يتراوح بين ١ و٢ في المائة ومع ذلك فان مقدار الادرار لايختلف عما هو في الحالة العادية كما ان مقدار السكر المذكور لايتحول بحسب اكل المواد الهيدرو كربونية . وفي البول السكري السليم لا توجد الظواهر الاكلينيكية العامة التي يمتاز بها الديابطس الجزيروي الحقيقي . ككثرة البول وكثرة الشرب وكثرة الاكل والحكة والدمامل ، وهو لايتقدم نحو الديابطس بل يبقى على مر الايام بدون ان تظهر منه اية خباثة .

ومع ذلك فلا شبهة في ان هذا البول السكري السليم قد ينقلب في بعض حالات شاذة الى ديابطس حقيقي وقد شاهدت ذلك بنفسي ٦ مرات في الـ ٣٥ حالة من حالات البول السكري السليم التي سبق ذكرها

وتدل هذه المشاهدة على ان عدم كفاءة الجزيرات البنكرياسية قد يكون في بعض الحالات من جملة اسباب البول السكري السليم . وتتقدم عدم الكفاءة في الجزيرات على مر السنين حتى تؤول الى تحويل البول السكري السليم الى ديابطس حقيقي . فان وجود امثال هذه الحالات يسوقنا الى الاعتناء في تعيين مصير كل بول سكري يرى انه سليم في الظاهر . ومما يوجب الاسف انه ليس في الامكان البت في مفعول البول السكري في مثل هذه الحالات لذلك يتحتم علينا مراعاة قواعد الحمية في كل حال من هذه الاحوال ولا يمكن اعتبار البول السكري

سليما الا في اواخر حياة المصاب .

فاذا استثنينا هذه الحالات الشاذة استطعنا ان نقول بوجه عام ان الاسباب المكونة للبول السكري لا تنشاء عن جزيرات البنكرياس وليس لها علاقة بها . ولايجوز اعتبار البول السكري كلويا الا اذا كان ناشئا عن مرض في هذا العضو . وقد شوهد خروج السكر مع الادرار في مرض الانابيب البولية التي في الكلي وهناك نظرية تعلل خروج السكر هذا بمجرد مرور السكر الدموي من خلال الكلي بسبب اشتداد قابلية النفوذ في هذا العضو ولكن هذا التعليل بسيط جدا . ذلك اولا لان زرق السكر داخل الوريد لم يسفر عن حدوث بول سكري اكثر منه فيما لو كانت الكلي في حالة الصحة . ولا يوجد دليل يبرهن على وجود علاقة بين كثرة السكر في الدم وكثرته في الادرار ولا بد لنا هنا من تصور وجود (مهيج) يعمل على تكوين السكر في المراكز المولدة له من غير البنكرياس اذا ان هذا البول السكري لا ينشأ عن تأثير البنكرياس بل بعبارة اصح انه ناشئ عن تهييج في المراكز الاخرى المكونة للسكر ولذلك فلا تأثير للانسولين عليه .

ويندمج في فئة البول السكري السليم ، البول السكري الذي يحدث اثناء الحمل . ويتميز هذا البول السكري بكونه يزول بعد الوضع ولكنه اذا تكرر بتكرار الحمل فمن الممكن ان تتبدل طبيعته وينقلب الى ديابطس حقيقي .

وقد وجدت نفسي مضطرا لان اعلل هذا البول السكري — وكذلك البول الاستوني الذي يحصل في الحمل العادي — بعدم كفاءة الكبد في ادارة الجليكوجين ، فيعسر على هذا العضو تثبيت الجليكوجين اثناء الحمل .

وما عدى ذلك فان حدوث البول السكري اثناء الحمل يعزى ايضا الا تاثير بعض الافرازات الداخلية التي لها ارتباط وظيفوي مع افعال المبيض او بتغيير اصح «الجسم الاصفر» ومع عدم كفائة الكبد في ادارة الجليكوجين .

ويحدث البول السكري في بداية الحمل بأخذ مقدار من (الفلوريزين) الذي لا يكاد يكون له تأثير في البدن السليم ويحدث مثل ذلك عند اخذ كمية وافرة من الجليكوز عن طريق الفم او حقن مقدار قليل منه مع الادرينالين داخل الوريد ويستفاد من حدوث البول السكري بهذه الطريقة في تشخيص الحبل في بدايته .

وخلاف البول السكري السليم يوجد بول سكري يحدث في الذين سلمت مبادلاتهم الغذائية على اثر اخذ مقدار من محاليل تحتوي على سكر سهل الامتصاص ويدعي هذا البول السكري (بالبول السكري الزائل) لانه وقتي وليس له اية ماهية مرضية .

ويحدث البول السكري السليم في الامراض الحموية والتسممات (بالمخدرات واوكسيد الكربون او الكحول والستريكنين والمورفين) او على اثر صدمات عصبية شديدة وفي حالات تهيج في الدماغ . ففي جميع هذه الحالات يشتد تكون السكر بنتيجة تهييج الاجهزة المولدة له . وينشأ هذا التهييج من المراكز المولدة للسكر التي في المراكز العصبية وفي قاع البطين الرابع (وخزكلود برنارد السكري) ويسير في الخطوط العصبية . وقد دلت الابحاث الاختبارية الحديثة على ان التهيج يصدر من مجموعة صغيرة من خلايا نواة العصب السمباثوي الكائنة في النخاع المستطيل (وهي ما نعرف بالنواة الظهرية للعصب الرئوي المعدوي)

ويتصل فعل هذا التهيج بالغدة الادرينالينية بواسطة فروع العصب الاحشائي فيحدث عن ذلك تهيج هذه الغـدة وبالتالي يشتد افراز (الادرينالين) وهذا ما يستوجب ايقاظ الافعال الاختمارية التي تجهز السكر في الكبد من الجليكوجين وبنتيجة هذا يصدر الكبد ما في مخازنه من كميات السكر · فمن الواضح اذا ان هذا التهيج الباعث على تجهيز السكر واطراحه مع الادرار لا يتعلق بالجزيرات البنكرياسية ومن المحتمل ان يتكون البول السكري عن تأثر الغـدة الادرينالينية بسبب خلل يطرأ على المنازل الاخرى للعصب السمباثوي (الغدة الدرقية ، المبيض) وهذا مايوضح لنا سبب البول السكري الحاصل في مرض (بازدو) ·

وتنحصر معالجة جميع انواع البول السكري الحادث عن التهيج في ازالة السبب المؤدي اليه كلما امكن ذلك والا فلا منفعة ترجى من الحمية في هذا الموضع · فمثلا اذا كان السبب الباعث على البول السكري هو مرض في الغدة الدرقية كمرض (بازدو) فلا تأثير للحمية على هذا البول السكري ما لم يوقع قسما من هذه الغـدة وقـد ثبت هذا بالاختبار · وكثيرا ما يكون البول السكري الذي نحن في صدده عرضا لبعض الامراض كما ذكرنا وهو في هذه الحالة لا اهمية له عمليا و يزول بمعالجة المرض الاصلي الذي اوجده ويجب ان لا يغرب عن الذهن ان البعض من حالات البول السكري السليم قد يتحول الى ديابطس حقيقي كما اسلفنا آنفا، لذلك يجب الاجتناب عن الافراط في اكل المواد السكرية والنشائية في حالات البول السكري التي يشتبه من سيرها ويتحتم مراقبتها لبضع سنوات الى ان يتأكد المرء من انها سليمة الطبيعة ·



مشاهدة طبية

المستشفى الملكي ببغداد
والطبيب
داود نسيم

اللوسميا الميولوئيدية

دعيت في ٧ اغستوس سنة ١٩٢٥ لعيـادة المريض ج · س وكانت تشكلاته البدنية تامة وكان له من العمر ٣٢ سنة وله زوجة وثلاثة اولاد وكلهم في حالة الصحة · ليس في احوال المريض في السنين السابقة ما يوجب الذكر فقد كان قبل سبع سنوات يسكن في الاهواز قرب المحمرة حيث استقـام ثلاثة اعوام وعاد الى البصـرة واستقام فيها شهرا واحدا وهو في هذه المدة لم يعتره مرض ما ولكنه لما عاد الى بغداد في سنة ١٩١٩ اصيب بنوبات الحمى المتقطعة التي فهم بعد التشخيص انهـا (ملاريا) وعولجت بمركبات الكينين والزرنيخ · واستمرت هذه الحمى تعاود المريض في اوقات مختلفة واعتاد ان يعالجها بمركبات الكينين ·

نظرا لافادة المريض المـذكور انه اصيب قبل شهر تقريبا بنوبات الملاريا وقد اضطر الى مراجعة الاطباء وكل واحد منهم عالجه (كما تشير الوصفات المحفوظة لديه) بمركبات الكينين وقد شعر ببعض التحسن الا ان الحمى في هذه المرة كانت مستعصية رغم الوسائط التي اعتاد اتخاذها وكان عند مزاولته اشغاله التجارية يحس دائما ببعض الضعف والكلال وقبل مراجعته الاخيرة باربعة ايام اصيب بحمى وسوء هضم (يعطف ذلك الى اخـذ طعام صعب الهضم) فالجأه ذلك الى مراجعة الاطبـاء وهذه المرة كذلك بوشر بمداواته بالكينين ولكن بدون جدوى وزد على ذلك انه كان يحس باشتداد وطأة المرض عليه وحين عيادتي له كان يشكو من الاعراض الآتية السخونة، الضعف، انحطاط القوى، عدم الاشتهاء اوجاع في المفاصل والخصيتين ، عسرة في التنفس اثناء الليل ، قلة الادرار ونادرا قيء وكان في هذه المدة يقيس درجة حرارته بنفسه و يرى انها لا تتجاوز ال ٣٨ ونصف درجة وكان يحس طحاله بيده

وحين المعاينة وجدت لون الجلد والقرنية والاغشية المخاطية غامقـا والمريض في حالة تعب عميق لا يقوي حتى على الكلام وقوة العقلية والارادية في حالتها الطبيعية وكانت الحرارة (٢ — ١ — ٣٨) سانتيغراد ولا يوجد شيء يستوجب الذكر في جهازي التنفس والدوران وكان اللسان يابسا احمريا وشكل البطن طبيعيا وناحية الطحال حساسة وكان الطحال قابلا للجس وكان رأسه الاسفل يستوي السرة · كان وجـه الطحال حافة ورأسه املس وناحية الكبد حساسة والكبد قابلا للجس وتحت الاضلاع بسبعة سانتيمترات تقريبا وكان لون الغـائط اصفر ومقدار الادرار مجهولا ولونه احمر مكمدا وكانت العقد اللنفائية الرقبية والابطية والمغبنية في حالتها الطبيعية ·

ونظرا للاعراض المذكورة آنفا ولعدم تاثير الكينين وصورة سير الحمى وعدم تحري جراثيم الملاريا وثبوتها بواسطة المجهر رأيت من الاوفق منع المريض من استعمال الكينين والتفكر بوجود مرض آخر حتى ثبوت وجود الملاريا مجهريا لهذا صرت افتكر في البول الهيموغلوبيني واوصيت المريض بعدم استعمال الكينين. وقتاوطلبت منه ان يراجعني في اليوم التالي في المستشفى مع قليل من الادرار لاجل التحليل واخبرته بان سيؤخذ من دمه قطرة لاجل اجراء الفحص عليها وربما يحصل احتياج لاستشارة بعض الاطباء ولما جائني في اليوم الثاني في المستشفى اخذته الى مدير المستشفى حضرة الدكتور دنلوب وبعدا ان فحص المومي اليه المريض وافقني على رأيي فأحلنا المريض الى رئيس المختبر الدكتور ميلس وطلبنا منه تحري الهيموغلوبين وسائر عناصر الدم في الادرار والبحث عن جراثيم الملاريا في الدم فما كان اشد استغرابنا ودهشتنا حينا وقفنا عَلَى تقرير الطبيب المشار اليه الدكتور ميلس وهو ينبأ بعدم وجود جراثيم الملاريا وبوجود زيادة هائلة في مقدار الكريوات البيضاء في الدم حتى كان يبلغ عدد الكريوات المذكورة تقريبا المليون في المليمتر المكعب وهذه الزيادة كانت في نوع الوحيد النوة وبشكل الميه لوسيت Myelocite فنحن مدينون هذه المرة للصدفة التى اوقفتنا عَلَى وجود هذا المرض في العراق ولم يكن يخطر على بالنا ذلك وليس هذا المرض سوى مرض اللوسهميه الميه لوئيدية Leucemie de Myeloides

ولست ابالغ اذا قلت ان هذه هي المرة الاولى التي شوهد فيها هذا المرض بصورة حقيقية ومثبتة في القطر العراقى وان كنا في بعض الاحيان نسمع ونشتبه باللوسيميا اللنفائية Leucemie Lymphatique ولكن لم يقع احد من الاطباء انة شاهد هذا المرض سوى الدكتور ميلس فانه يدعي قبل هذا شاهد منه في العراق اصابتين فقط.

واني هنا ارجو من زملائي الكرام الذين شاهدوا هذا المرض ان ينوروا افكارنا بمعلوماتهم الفنية ولهم مزيد الشكر سلفا.



عن مجلة مونيخ الطبية :

المعالجة بالدم الذاتي

« الدكتور رورده »

بعد ان بحث الكاتب عن تاريخ هده المعالجة عرف الاصول المتبوع كما يأتى :

١ — زرق الدم الذاتي داخل العضل : لذلك يستعمل حقنة من نوع ره كورد Record بحجم عشرة سانتمترة مكعب . يؤخذ الدم من اوردة الثينة المرفقية بواسطة المحقنة المذكورة ويحقن داخل العضلات الاليوية بسرعة وقبل ان يتخثر . ويمكن حقن ٣٠—٦٠ سانتمترة مكعب من الدم الذاتي داخل العضلات في اليوم الواحد .

٢ — زرق دم المجرد عن الفيبريني Defibrinee داخل الوريد . لذلك يؤخذ الدم من اوردة الثينة المرفقية ويوضع في انبوب معقم فيه حلزون معدني او كرات صغيرة لتفريق الفبرين . ويحرك فيه برهة حتى يجتمع الفيبريني حول الحلزون او الكرات فيؤخذ القسم الباقي من هذا الدم ويزرق داخل احد الاوردة الثينة المرقفية مباشرة ويوجد اصول آخر لزرق الدم المجرد عن الفبرين وذلك بعد ايام عديدة من اخذه ويستعمل هذا الاصول لمعالجة الامراض المزمنة ويفسر التأثير الدوائي لزرق الدم الذاتي بما ياتي :

اولا يزرق مع الدم الذاتي المواد المضادة للعامل المرض والتى كانت قد تكونت في دم المريض حين حصول المرض

ثانيا يحصل من زرق الدم داخل العضلات املاح دموية ليبوئيدية ومواد كيموية اخرى من تحلل الزلال الدموي وذلك يؤثر كتنبه عَلَى الجملة العصبية السمبانية التي وظيفتها تعديل المبادلات الغذائية وتنظيم التحولات التي تحصل في اخلاط الجسم.

يحصل من تنبه الجملة العصبية السمباتية نتائج دوائية شفائية جيدة للغاية . فهو يحرك جميع الوسائط التي اعدت لمدافعة الجسم ففي بعض الامراض المعدية يكفي زرقة واحدة من الدم الذاتى لزوال المرض وهبوط الحرارة ولكن قد تمس الحاجة في بعض الاحيان لتكرار الزرق .

وبعد بذكر ذلك كاتب المقال احصاء واسما للامراض التي عالجها بهذه الواسطة هذه خلاصته : ذات الرئة Pneumonie يجب تطبيق المعالجة في ال (٢٤) ساعة الاولى من المرض كي يحصل التأثير النافع فيزرق ٥٠—٦٠ سانتمترة مكعب من الدم الذاتي داخل العضلاة حسب الاصول المبينة سابقا فتهبط الحرارة بعد هذا الزرق ببضع ساعات وتزول الاعراض المرضية . فاذا كان المرض متقدما بضعة ايام اشكل الحصول علي هذا التحسن . لان التغير التشريحي في الرئة يكون متقدما ولذلك يجب ان لا يكتفي بزرقة واحدة بل يجب تكرار ذلك ٣—٤ ايام ، في كل يوم زرقة واحدة فتتحسن حالة المريض كثيرا فتزول الاعراض المرضية تدريجيا ولقد عالج المؤلف ٣٨ مريضا بذات الرئة بهذه الواسطة معظمهم حصل عَلَى الشفاء السريع .

ذات القصبات الحادة Bronchitis تستعمل هذه

المعالجة لذات القصباة التي ترافقها الحمى والسعال الشديد وبعد الزرق ببضع ساعات يحصل هبوط في الحرارة وسكون في السعال وزوال الاعراض المرضية واما في ذات القصباة المزمنة لا يحصل دائما نتيجة حسنة ولكن يمكن تجربة العلاج ولذلك يجب تكرار الزرق لايام عديدة بمقدار ١٠ — ٢٠ سانتمترة مكعب من الدم الذاتي ويدعي كاتب المقال انه تمكن من شفاء بعض المرضى الشيوخ الذين كانوا يشتكون من السعال والنزلة الصدرية المزمنة منذ سنين عديدة ٠

ولقد استعمله في الرومانيزم المفصلية الحادة وفي الحمرة، في التيفو والباراتيفوئيد وفي الحصبة وبعض الامراض المعدية الحادة الاخرى ويوصي بالنتيجة جميع الاطباء باستعمال هذه العلاج البسيط الذي يمكن تطبيقه في كل مكان ويقول ان الذين استعملوه من زملائه اطروا عليه ولازموا استعماله فى اكثر الامراض المعدية الحادة ٠

عن مجلة مونيخ الطبية :

معالجة الصمم

(فون دوداك : براغ)

لقد شاهد المؤلف هيجر Higer مريضا كان مصابا بالصمم المطلق ابتلع مقدارا كبيرا من الارسنيق بقصد الانتحار لكنه نجى من الموت بنتيجة المداواة السريعة فبعد ذهاب اعراض التسمم رجع اليه سمعه ٠ فاستنادا عَلَى هذه الحادثة الغريبة بدأ المؤلف يستعمل مركبات الزرنيخ في معالجة الصمم وبعد جهد طويل اثبت النتائج الاتية: يعطي المريض كل يوم حبتين تحتوي كل واحدة منهما عَلَى خمسة ميلغرامات من زرنيخات السودة (ارسه نيات دوسود) عَلَى ان يؤخذ بعد الطعام ٠ ويداوم عَلَى هذه المعالجة الى ان يبلغ مايستعمله المريض ثلاثين او اربعين حبة ٠ ويجب ملاحظة المرضاء في اثناء تطبيق هذه المعالجة فاذا حصل لهم خلل في المضم او وجع في الرأس اواعراض تسممية اخرى فيجب حينئذ الكف عن اعطاء الدواء ٠ واذا لم يتحمل المريض عَلَى اخذ الدواء من الجهاز المظمى يجب اعطائه اياه بواسطة زرقه تحت الجلد فيبدأ بزرق ميلغرامين ويمكن ابلاغ الزرقه الى عشرين ميلغرام عالج كاتب المقال خمسين مريضا مصابين بالصمم بهذا الدواء وقسم معالجة هذه الى ثلاثة اقسام بالنظر الى نوع الصمم ٠

القسم الاول التصلب الاذني oteosklerose :عالج اثنى عشر مريضا مصابا بهذا النوع من الصمم فحصل لسبعة منهم تحسن جيد للغاية وفي اثنين لم يحصل تحسن وفي ثلاث حصل تحسن قليل ٠

القسم الثاني : التهاب الاذن المتوسطة المزمن :عالج

ثلاث وعشرون مريضا حصل في اثنى عشر منهم تحسن كامل وفي خمسة منهم تحسن قليل والكثير من هؤلاء كانوا قد عولجوا سنين عديدة من دون جدوى ٠

القسم الثالث : يحتوي عَلَى خمسة عشر حالة ناتجة عن اسباب مختلفة كالتهاب عصب السمع وتقيح اذن المتوسطة وداء الافرنج الاذني والتهاب القوقعة فشفى من هؤلاء ثمانية وحصل تحسن قليل فى اثنين وخمسة لم يحصلوا على تحسن ما ٠

ويوصي باستعمال هذا الدواء في جميع المرضاء الصمم الذين لم يمكن معالجتهم بوسائط اخرى ٠

عن المجلة الطبية البريطانية :

تداوى التهاب المثانة

CYSTITIS

هارولد — سانكيفت

يبدأ صاحب المقال بذكر تاريخ الانتان البولي ويقول ان اول من عرف اعراض التهاب الجهاز البولي هو زكريا الرازي من علماء الطب العربي

وبعد يعرف الانتان البولي الصاعد الذي يحصل من (باسيلوس قولي) عصية قولي ومن الجراثيم المولدة للقيح ويوضح طريقة التداوي الحديثة التي يوصي استعمالها (فرانكيد) وهي زرق الكولاركول (Collargol) داخل الحويضة الكليوية بواسطة المجهر المثاني (Cystoscop) ٠ ثم يوصي باستعمال الاصول الاتية في حال تبول القيحي الناشئ عن التهاب المثانة او التهاب الحويضة الكليوية ٠ وذلك اولا يوضع كاتةتر في المثانة ويسحب البول الموجود كله ٠ ثم يزرق في تلك المثانة الفارغة محلول الكولاركول بنسبة ٠،٥ في مائة ٠ ثم يسحب الكاتةتر ويترك المحلول الى ان يحس المريض بميل للتبول وبعد ٣٠ — ٤٠ دقيقة يخرج الدواء مع التبول ٠ ويكرر هذة المعالجة كل يوم الى ان يصير التبول نقيا ٠ (معقما) ٠ ويذكر مشاهدة ١٧ امريضا عولجوا بتطبيق هذه الطريقة شفي منهم ١١ والستة الاخرين حصل لهم تحسن عظيم ٠ وكان اعظم هذه المرضاء مصابين بالتهاب الحويضة الكليوية ايضا ٠ ويدعي المؤلف ان هذا الدواء ينفذ الى الحويضة الكليوية ايضا ويوصى استعماله في التهاباتها ايضا ٠

عن المجلة الطبية البريطانية :

معالجة السعال الديكي

بحقن الاثير

(الدكتور الجود : اوقسفورد)

اول من اقترح استعمال الاثير في معالجة السعال الديكي هو oudrain سنة ١٩١٤ ونشر نتيجة سعيه سنة ١٩٢٠ وكان يستعمل زرق الاثير داخل العضلة بمقدار ١ — ٢ سانتيمترة مكعب ثلاثة مرات كل يوم . وكان قد تمكن بهذه الواسطة من تخفيض مدة المرض الى اثني عشر يوما . اما كاتب المقال فيرى زرق الاثير موجعا ويرجح اعطائه بواسطة الحقن في الشرج ولذلك فمزج الاثير مع قدره من زيت الزيتون ويحقن من هذا المزيج مقدار درهم واحد لكل سنة من عمر المريض واذا كان السعال شديدا يمكن اعطاء درهم اودرهمين اكثر من المقدار الاعتيادي وعدا زرق الاثير يعطي داخلا بعض الادوية المسكنة كالبروموز والبلادونا واليودوز ولقد جرب كاتب المقال هذه المعالجة في اكثر من مائة مريض وحصل على نجاح باهر .

عن المجلة الطبية البريطانية :

تداوي نزوف الرحم المستمرة بعد الولادة

« رمينكثون هوبس »

يذكر كاتب المقال مريضة كانت قد وضعت حملها قبل تسعة اسابيع وذلك بعد جهيد دام ٦٤ ساعة وبتطبيق الملقط وكان قد حصل شقا مهما في العجان خيط في وقته ولما ادخلت الى المستشفى كانت خاسفة اللون صفراء وكان الدم لا يزال يسيل منها مع الافرازات الرحمية وكانت حرارتها ١٠٣ — ١٠٤ ف . ولقد عولجت بزرق الغليسرين داخل الرحم فتوقف النزيف الرحمي بعد بضعة ساعات ثم زرق الغليسرين مرة اخرى ولكن رغم انقطاع الدم بقيت الحرارة مرتفعة الى درجة ١٠٤ ف ولذلك اجريت اربعة زرقات من الغليسرين داخل الرحم في مدة ٢٤ ساعة وانتجت هذه المعالجة هبوط درجة الحرارة وشفاء المريضة لذلك يوصي كاتب المقال استعمال زرق (الغليسرين) داخل الرحم حينما يستمر نزول الدم بعد الولادة باسبوع او اكثر . فالبعض يستعمل الارغوتين او جرف الرحم ولكن ليس بين هذه الوسائط ما هي مفيدة بدرجة زرق الغليسرين داخل الرحم لان الغليسرين هو احسن واسلم منبه للتقلصات الرحمية . فتأثيره هذا بقطع النزيف الرحمي ويسبب خروج . اطراح المواد العفنية

من الرحم وهبوط الحرارة الى الدرجة الطبيعية .

ملاحظة : استعملنا هذه الطريقة من المعالجة مرة واحدة في المستشفى الملكي وكانت امرأة قد وضعت حملها وكانت مصابة ببول الزلال والتهاب الكلية وبعد اربعة عشر يوما ظهر عندها نزيف رحمي شديد فاستعملنا الارغوتين وغسل الرحم بالمحلولات الشخنة من دون استحصال نتيجة حسنة فاستعملنا زرق الغليسرين مرة واحدة وكانت كافية لقطع النزيف وشفاء المريضة .

عن سريرياة الداخلية الثانية :

من كلية مونيخ الطبية :

دواء جديد لمعالجة النقريس

(ALYSIN)

استحضر هذا الدواء المختبر الدوائي في مونيخ المسمى (Chupha. G. M. B.) . واما تركيبه لم يزل المختبر يعده من الاسرار التجارية ولكن المعلوم انه مادة تستحصل من نبات خاص لا يعلمه سوى كيماوين المختبر المذكور . ويوجد في تركيبه مواد عضوية كثيرة من جملتهم حامض الليمون وحامض التفاح وحامض الخل وبعض المواد المرة يظن انها القشية (Salsaprilla) (Herba absinthie) . وهو عار عن المواد السمية والمواد المخدرة .

ولقد استعمل في عدة سريرياة في البلاد الجرمنية وحصل على نجاح باهر . هو مادة سائلة تعطى المريض كل يوم مع تطبيق الحمية الخاصة للنقريس وهي عدم اعطاء المواد المحتوية البورين (Purin) وبعد استعمال هذا الدواء باسبوع واحد يهبط مقدار حامض البول الموجود في الدم الى النسبة الطبيعية وتزول اعراض المرض ويحسن المريض بنشاط وصحة كاملة .

الشؤون

الجمعية الطبية البغدادية

لم يعقد اجتماع اب للجمعية الطبية لاعتذار الدكتور جوبانيان عن القاء مقاله لاسباب خصوصية . وسوف يعقد الاجتماع السنوي في ٢٣ ايلول ٩٢٤ وذلك لانتخاب هيئة تنفيذية جديدة لادارة شؤون الجمعية لسنة ٩٢٥ — ٩٢٦

فالمرجو من اعضاء الجمعية المحترمين ان يرسلوا اوراق انتخابهم قبل ٢٠ ايلول ٩٢٥ الى سكرتير الجمعية الدكتور صائب شوكت وان يسعوا للحضور في يوم الاجتماع المعين ليأخذ رسم الاعضاء المحترمين قبل الاجتماع المذكور .

قدوم

شرف العاصمة حضرة الدكتور ساندرسن من اجازته من المملكة المتحدة البريطانية وسوف يسافر الى البصرة ليقوم باعمال المرحوم الدكتور كامبل طبيب الميناء السابق .

وقائع الامراض السارية

في العراق

لشهر آب ١٩٢٥

المرض	المحل	الاصابات	الوفيات
الجدري	الكميت (لواء العمارة)	١٥	٥
	البصرة	١	—
	كفري	٤	٢
	العمرانية (لواء ديالة)	١٨	٤
	قلعة صالح	٣	—
	خانقين	١	—
التهاب السحايا:	بغداد	٢	١
الدماغ الشوكي	العمارة	١	—
الخناق	العمارة	١	١
التيفو	بغداد	٢٢	٣
	بصرة	٠٢	٢
	الكاظمية	٠٢	—
	الناصرية	٠١	—
	كربلاء	٠٣	--
	النجف	٠٢	..
	قلعة صالح	٠١	....
	الموصل	٠٢	—
	الديوانية	٠٢	—
	اربيل	٠٢	—
الجذام	البصرة	٣	—
	الديوانية	١	—
	الحسينات (لوا المنتفك)	٢	—

المرض	المحل	الاصابات	الوفيات
	اليوسفية	١	—
	كربلاء	١	—
	ابو صخير	١	—
السل الرئوي:	الموصل	٢٩	٦
	بغداد	١٤	—
	ديالة	٠١	—
	المسيب	٠١	—
	الحلة	٠٩	—
	خانقين	٠١	—
	البصرة	٧	٣
	ابو صخير	١	—
	كربلاء	٢٠	٥
	النجف	١	—
	الديوانية	٤	—
	الشطرة	١	—
	سوق الشيوخ	١	—
	بلد	١	—
	العمارة	٢	١
	الكوت	١	—
	كركوك	٢	—
	الكاظمية	١	—
	الناصرية	٢	—
الحصبة	بغداد	٢٢	١٢
	الديوانية	٠١	١
	العمارة	٠١	—
	بعقوبة	١	
داء النكفة:	الفلوجة	١٥	—
	الرمادي	١	—
	الناصرية	٣	—
	قلعة صالح	٢	—
	بغداد	١	—
	كربلاء	١	—
	العمارة	١	—
	ابو صخير	١	—
	النجف	١	—

الاصطلاحات الطبية

القطيفة : البطانية

الربطة : الملائة ، الجرجف

آح البيض : بياضه

عقابيل المرض : بقاياه Sequela

ناضج : Maturé

العين العارية : Oeil nue

العلوق : Fécondation

الانتاج : Procréation

ردب : Cul. de-Sac

قيامي : Tipical

زرقة المثيلين : Bleu de methylene

لحاظ العين : External canthus

الاختراق : Diapetese

القدع : Varus

المصل : Volgum

القدم الرحاء : Pied planus

الفطاء : Lordosis

الاروع : قرب القاع ، Shallow

الحفلجة : تدانى صدرى القدمين وتباعد عقبيهما

الفحج او الفجل : تباعدصدري القدمين وتدانيعقبيهما

البقدم القدعاء : Pied varus

القدم او كعاء : Pied valgus

القدم الرحاء : Pied planus

المشاشة : Epiphyse

الانسكاب : Epenchement

انهياض : كسر العظم بعد الانجبار Disunited Fractur

الوكزة : الضربة بجمع الكف

اليبس : Enkylose

النباعور : Hemophylie

الاحتضار : Fatol Termination

الحبار : Petchia

العفج : الاثنى عشرى

القروت : Bruise يبس الدم تحت الجلد من ضربة

اهيف : مفرد هيف الذي ضمر بطنه ورقت خاصرته وهي تعرب Slim

الثغرة : نقرة النحر بين الترقوتين

النزو : النزف الشديد

النقف : هو الفرخ حين يخرج من البيضة

الامتغاط : الامتداد في الخيوط المرنة Elasticité

التفاوت : Asimetry

الاختلاج : Clonus

الحول : انحراف سواد العين الى جهة الصدغ

القبل : انحراف سواد العين الى جهة الأنف

السهف : العطش الشديد

الفئات : جمع فئة Colonies

الشري : شيء يخرج على البدن كهيئة الدراهم Rupia

البثرية : Ecthyma

التليف : Fibrosis

النقف : Enucleation

الجوهر : Pranchyma

القتمة : Melanosis

البدانة : Adiposis

الثربل : Myxoedema

لاطئة : بدون عنق Sessil

الدعامة الليفية : Stroma

نزح الجرح : Drainage

الخورنق : الرش او (الصجم)

المرض المدنف : Exhausting diseas

استنزاف السوائل : Derivaton of fluides

الوثاء : الرض الخفيف

الشعرية : الفرجه



التقرير الشهري لادارة صحة العاصمة لشهر تموز ٩٢٥

عدد الولادات التى تسجلت في غضون الشهر

	الذكور	الاناث	المجموع	عدد الولادات في شهر حزيران ٩٢٥	عدد الولادات في تموز ٩٢٤
الرصافة	١٥٠	١٣٧	٢٨٧	٣٣٥	٣٨٧
الكرخ	٢٨	١٧	٤٥	١٠٤	١٠٩
المجموع	١٧٨	١٥٤	٣٣٢	٤٣٩	٤٩٦

عدد الوفيات التى تسجلت في غضون الشهر

	الذكور	الاناث	المجموع	الوفيات لشهر حزيران ١٩٢٥	الوفيات لشهر تموز ١٩٢٤
الرصافة	٢٣٦	٢١١	٤٤٧	٤٥٥	٣٩١
الكرخ	٩٣	٩٦	١٨٩	١٥١	١٨٨
المجموع	٢٣٩	٣٠٧	٩٣٦	٦٠٦	٥٧٩

معدل الولادات			
	عدد الاهالي	الولادات المسجلة في غضون الشهر	الولادات المسجلة بالالف سنويا
الرصافة	٢٠٠٠٠٠	٢٨٧	١٧٫٢
الكرخ	٥٠٠٠٠	٤٥	١٠٫٨
المجموع	٢٥٠٠٠٠	٣٣٢	١٥٫٩

معدل الوفيات			
	عدد الاهالي	الوفيات المسجلة في غضون الشهر	الوفيات المسجلة بالالف سنويا
الرصافة	٢٠٠٠٠٠	٤٤٧	٢٦٫٨
الكرخ	٥٠٠٠٠	١٨٩	٤٥٫٣
المجموع	٢٥٠٠٠٠	٦٣٦	٤٠٫٥

الوفيات بمعدل الاعمار

العمر	٠—١	١—٥	٥—١٠	١٠-٢٠	٢٠—٣٠	٣٠—٤٠	٤٠—٥٠	٥٠—٦٠	ال١٠ مايربو	المجموع
رصافة	١٤٩	١٤٣	٢٣	٢٤	٢٨	١٨	١٤	٩	٤٩	٤٤٧
الكرخ	٨١	٥٣	٢	٣	٧	٨	٦	٤	٢٤	١٨١
المجموع	٢٣٠	١٩٦	١٥	٢٨	٣٥	٢٦	٢٠	١٣	٧٣	٦٣٦

الوفيات من الامراض السارية

سبب الوفاة	الرصافة	الكرخ	المجموع
داء السل	٣١	٢٥	٥٦
الخناق	٣	—	٣
الزحير	١	—	١
الحصبة	١٠	٢	١٢
داء الحمرة	١	—	١
التيفوئيد	٤	—	٤
السرطان	١	—	١

الامراض السارية في غضون الشهر.

الحصبة ٢٣ اصابة — داء الـ ل ٢٣ — التيفوئيد ١٤ — الحمى المرزغية ٣ — داء الحمرة ٢ — الحمى الدماغية ٢ — البلهارزيا ٢ — الخناق ١ — التيفوس ١ — الكزاز ١ — الزحير ١ —

الاصابات التي وردت من خارج لواء بغداد ·

الحمى المرزغية ٢٥ — البلهارزيا ٩ — داء السل ٣ — الجدام ١ — التيفوئيد ١ ·

تقرير تجهيز المياه :

تقريبا ٨٠ مليون جالون من الماء جهز الى الاهالي اي ١٠ جالونات لكل شخص يوميا و ٣٢٠ جالون شهريا ·

تحليل ماء النهر الغير المطهر :

ووجد حسيمات عضوية في ١/١٠ و١/١٠٠ و١/١٠٠٠ ومجموع الجسيمات التي عثر عليها كانت على وجه المعدل ١٥٨٤٠ الذي يقابل بمجموع ١٥٠٢٠٠ في الشهر المنصرم ·

تحليل الماء المطهر بالقلورين :

لقد تحلل ٣١ انموذجا من الماء المطهر بالقلورين في غضون الشهر وعثر على جسيمات عضوية في ١٠٠ س م في ٥ انموذجات فقط ولم يعثر على اي جرثومة ماسوى ذلك بتاتا — ومجموع الجسيمات التي وجدت في س م واحد زادت ١١٥٤ — وعدد الجسيمات على وجه المعدل في س م واحد كانت ٢٥٫٩



المجلة الطبية البغدادية

مجلة شهرية فنية طبية

تنشرها الجمعية الطبية البغدادية ، يحررها اعضاء الجمعية خاصة وتقبل مقالات جميع منتسبي الطب في العراق غايتها خدمة فن الطب الجليل ووضع منتسبيه بتماس دائمي مع مايحدث في العالم الطبي من كشفيات واختراعات فنية .



HASSO BROS.

GENERAL MERCHANTS AND DRUGGISTS.

Telephone
Central 1.

BAGHDAD

حسو اخوان

تجار وصيدلين

نمرة التلفون
سنترال ١٠

بغداد

THE IRAQ PHARMACY

صيدلية العراق

لصاحبها ليون جوهرجيان

فيها جميع الادوية والمستحضرات التي يستعملها الاطباء المحترمين شعارها الاتقان
ومراعاة القواعد الفنية في عمل الوصفات مع النظافة المطلقة والمهاودة بالاسعار .

اشغال صيدليات امانة العاصمة خلال الشهر

	الدهانة	صوب الكرخ	مجموع شهر حزيران ٩٢٥	مجموع شهر حزيران ٩٢٤
المرضى الجديدين الذين عولجوا	٣٣٧٩	٢٢٣٢	٥٦١١	٤٨٨١

المجلة الطبية البغدادية
THE BAGHDAD MEDICAL REVIEW

العدد السادس — كانون الاول سنة ١٩٢٥

المقالات الاساسية

فقر الدم الكلوروزى في الفتيات

Chloro—Anemies chez les junnes filles

الدكتور نظام الدين

يقع في بعض الاحيان ان تأتي الى مستوصف احدكم فتاة بين الخامسة عشرة والعشرين من العمر فتضع امامه بتألم وتوجع كثيرا من الشكاوي واول مشهد يجده ذلك الطبيب امام عينيه هو : وجه ذابل وسحنة مصفرة تحاكي الشمع وقد تكون مخضرة تتجسم فيها علائم الضعف والخمول.

وحينما تعرض تلك الفتاة آلامها على الطبيب يحمر وجهها ثم يصفر وهكذا ينتقل من لون الى آخر وهذه الحالة تسمى (Chloropoïde) وهي عبارة عن تشوش ميخانيكي لدوران الاوعية الشعرية للوجه

والآلام التي تشكوها هذه الفتاة اليكم هي هذه :

ضيق التنفس عند اقل حركة او مشي وربما عاودها ضيق النفس هذا وهي مستريحة في مكانها. خلجان وخفوق في القلب لاقل سبب او باعث. دوار في الرأس وطنين في الاذنين وقد يحدث لها اغماء بين زمان وآخر.

اما شهيتها للطعام فانها تظهر بشكل غريب جدا فهي تشتهي اطعمة لا يحسن اكلها وتكره الاطعمة الجيدة اللذيذة وتنفر منها. وهذه الظواهر تدل على انها قد اختلت ذائقتها.

تبتلع ريقها بدون فاصلة وكلما ابتلعت ريقها ابتلعت شيئا من الهواء فتمتلئ معدتها بالهواء فتتمدد فيحدث فيها ثقل واوجاع تسبب القئ وقد تزايد الحامض كلوريدريك في

المعدة فهي تفوق دائما وكلما فاقت فالهواء الذي ابتلعته يخرج من المعدة مع شيء من الحامض راجعا الى الفم وعند مروره من البلعوم يؤذي هذا العضو فيجعله كانه يحترق .

هذه هي الاعراض والاوجاع التي تعرضها الشابة عَلَى الطبيب وهي تذكرنا بوجود سندروم الفقر الدموي .

ولكن تلك الفتاة لا تكتفي بايضاح هذه الآلام فقط بل انها تذكر اشياء اخرى وهي :

انها تضطرب وتتألم من جراء الحيض الذي يحصل لها في نهاية كل شهر وانها تحس باوجاع شديدة في المبيضين يصعب تحملها وهذه الاوجاع تستمر بكل شدتها مدة يومين او ثلاثة ايام وربما دامت اربعة ايام فيأتيها الدم في بعض الاحيان قليلا قليلا وبكل صعوبة ولكن في الاحيان الاخرى يخرج الدم بغير وجع ويكون كثيرا .

عندما تتكلم معكم تتبينون خاصية مرضية في ملكاتها العقلية ويظهر لكم ان قواها قد انحطت واستولى عَلَى جسمها الضعف والهزال .

تميل الى الخيالات والاوهام، وتعتقد بعنادانها سوف لا تبرأ من مرضها هذا وانها ميتة به لا محالة . يبدو عَلَى اطرافها العليا شيء من الارتعاش .

وهذه المسكينة بعد ان تعدد آلامها وشكاويها التي تنطوي على تهيج في نفسها تعود فتحس بتعب وتميل اذذاك الى الراحة والسكون .

اما الطبيب الذي ظل مصغيا لشكايات المريضة متأملا نتائجها فانه يخطط لوحة من تلك الاعراض التي تجمعت في فكره، فيعود بدوره الى فحص المريضة بكل تدقيق واهتمام فيجد :

ان النبض صغير ومريع وبدون اطراد . اما الضغط الشرياني فهو منخفض .

وعند فحص القلب يظهر بالتسمع بواسطة المسمع فيما بين رأسي العضلة القصية الحلمية وخصوصا في نحو اليمين قليلا نفخ سيستولي اي في زمن انقباض القلب ويكون صوت هذا النفخ خشنا يشبه صوت المنشار في الخشب او مواء الهرة . وكلما اشتد انقباض القلب من حين الى آخر يصدر هذا النفخ وكأنه صوت العجلة عند دورانها (زئير الشيطان) ومنشأ ذلك هي اوعية العنق .

لدى التسمع على القلب يظهر ان فيه نفخا في جهتين الاولى في قمته وهذا النفخ يسمع عند انقباض القلب لذلك انه ياتي الى اذن السامع في الزمن الاول وينتشر الى الحافة اليسرى لعظم القص وسببه ضيق الفتحة الاكليكية والجهة الثانية التي يحدث فيها النفخ هي قاعدة القلب حيث محراق الشريان الرئوي ويسمع هذا النفخ عند انبساط القلب وهو يتوضع في المسافة بين الضلعية الثانية في اليسار ويمتد في استقامة الشريان الرئوي .

فاذا لم يمكن اثبات وجود اثر تغييرات تشريحية في عضوية القلب فيكون السبب الميخانيكي لهذين النفخين في جهتي القلب هو تشوش عضلة القلب الموجب للتشنجات في المصابين بفقر الدم .

واذا اريد فحص الصدر فان منظرته الخارجية تستلفت النظر في اول وهلة . القفص الصدري ضيق وناتيء الى الامام قليلا اما الاضلاع فقد اصبحت بارزة تحت الجلد . وشعر المريضة ينمو بكثرة وهو طويل جدا .

ان تشوه الصدر وسوء تشكله بهذه الصورة لا يخلو من تأثير سيء عَلَى ما تحته من الاعضاء .

فالرئتان يظهر من فحصهما والاصغاء عليهما باعتناء زائد ان التنفس قابل في ذروة الرئة اليمنى .

ولدى فحص جميع مناطق الرئتين بالقرع والتسمع والمسح (المساحة) والنظر لا يظهر ان هناك توضعا مهما ولو عرضت عَلَى الرادبوجرافي فان جوابه يكون مشيرا الى عدم وجود مرض فيهما والى تحقق صحة الرئتين وسلامتهما .

اذن فاي سبب يجب ان يعطف عليه عدم كفاءة التنفس في قمة الرئة اليمنى .. ؟ ليس ذلك الا الشكل الكاذب — الدرني لفقر الدم الكلوروزي .

يجب البحث عن الكلي التي هي اهم عضو للافراغات البدنية واذ ذاك ترى ان الادرار قليل ولونه باهت وقد قل استعداد الكلي لاطراح الاوره (جوهر البول) والاملاح وفي بعض الاحيان يشاهد خروج ادرار ئوروبيليني وادرار يحتوي علي الجليكوز الناشيء من الطعام . وهاتان العلامتان ناشئتان عن فقدان كفاءة الكبد .

الان فلنأت الى ذات المسئلة . ولنفحص الدم . اننا نجد سندروم الكلوروز عَلَى الصورة التالية :

هبوط عدد الكريات الحمراء الى (٣٠٠٠٠٠٠) فقط . لون الدم باهت . اما مستوي الهيموجلوبين (ثروة الجلوبول) فيه فانه يهبط الى اقل من الخمسين بالمائة عن المستوي الطبيعي وربما وصل الى اقل من ذلك فكان ٢٠ او ١٠ في المائة . وعليه فان قيمة الدم الجلوبولية هي اقل من الوحدة الجلوبولية الفسيولوجية اما عدد الكريات البيضاء فلا يزال على حاله الطبيعي الا ان ذوات النواة الوحيدة منها قد زادت في الحال المتوسط . وقد يشاهد في الدم خلايا نخاعية المصدر .

كثافة الدم تكون قد زادت فتولد الجلط الدموية بسرعة وهذه الجلط تتكمش بسهولة واما لون مصل الدم فانه يماثل اللبن وقد ثبت وجود هيموليزين Hemolysines في مثل هذا المصل .

وهناك جهة اخرى لها ارتباط وتعلق عظيم بفحصنا الطبي من حيث التشخيص وهي البحث عن مدلول سندروم الكلوروز وقيمته المرضية .

يوجد خط حدود عظيم الاهمية بين فقر الدم وبين الكلوروز . وهو يفصل بين السندرومين من جهة ويوصل بينهما من جهة اخرى :

يفصل بينهما لان الكريات الحمراء عند المصابين بفقر الدم الكلوروزي تكون ذات قيمة جلوبولية ناقصة ومعنى ذلك تناقص الهيموجلوبين الذي يحتوي عليه الجلوبول وحالة الدم البيولوجية هذه هي التي تفصل بين الكلوروز وبين فقر الدم . اعني ان النقص الحاصل في الثروة الجلوبولية هو الخط الفاصل بين السندرومين .

يوصل بينهما لان كريات الدم تتناقص في بعض الاحيان والاحوال Oligosidérémie . وهذه الاحوال هي الحداثة وحالة بلوغ الفتيات وحصول سوء الاغتذاء في الاعضاء ففي هذه الاحوال يختل فورمول الدم اي شكل الدم من حيث التركيب فيقل عدد الكريات الحمراء وينقص الهيموجلوبين (الذي هو الثروة الجلوبولية) واذ ذاك ترتسم لوحة فقر الدم الكلوروزي .

وخط الحدود هذا يدخل بين الجهتين ويصل بين السندرومين ٠

يسمى الكلوروز الذي يظهر عند الفتيات في وقت بلوغهن: Morleus Virginiume وهو يعرض لوحة مميزة حقيقية وهذا هو الكلوروز الاصلي الذي يسمى «الابتدائي» او« الذاتي » ٠

لقد ذكر في ما مر بمجمل الظواهر السريرية لهذه اللوحة والانطباعات المرضية التي تحدثها على الاعضاء باختلاف انواعها ونبدأ الآن بذكر سير المرض ٠

سيره — يسير هذا المرض في كثير من الاحيان بدون ان تكون هناك حمى ولكن يوجد كلوروز تصحبه الحمى ايضا ٠

تظهر الحمى في خط منحن ثابت او متعرج (متردد) ٠ يجب التوقي دائما من الكلوروز المصحوب بالحمى فهو في اغلب الاوقات يكون دالا على التدرن ٠

اما سير الكلوروز فليس باطراد واحد ٠ فانه يشتد احيانا فيهجم على المصاب هجوما ثم يعقب ذلك سكون فالادوار التي يشتد فيها المرض هي الادرار التي يصاب البدن فيها بانحطاط من جديد ٠

لقد صادفت هجمات الكلوروز كثيرا في المراحل المختلفة للحياة التناسلية في النساء وخاصة الحديثات السن من الفتيات ٠ واهم هذه المراحل هي اوقات ظهور الحيض في الفتيات ٠ فلا شبهة في وجود دخل لفعالية المبيض المرضية في ذلك ٠

والمرحلة الاخرى هي وقت الحمل للنساء واسباب ذلك هي فقدان كفاءة الكبد والكلي في اداء وظائفهما ٠

الاختلاطات — للكلوروز اختلاطات مهمة ٠ فالفلجمون ابيض مؤلم يأخذ في طرف واحد او في كلا الطرفين ٠ صمامات تتوضع في الشريان الرئوي او الجيوب الدماغية ناشئة عن هذا الفلجمون ٠ كل ذلك يعد من المناظر الغريبة في تاريخ الكلوروز ٠

فلنبحث عن بواعث سندروم الكلوروز :

لقد حصلت مناقشات عديدة في هذا الباب بين علماء ومتخصصي السريريات والباكتريولوجيا وامراض الدم نأتي على ذكرها بالاجمال ٠

١ — ان فقر الدم الكلوروزي للفتيات هو مجموعة اعراض اصلية اوذاتية ٠ وهو يظهر قبل البلوغ اوعنده ويدوم لمدة بضع سنوات بعده وظهوره في اثناء البلوغ يعلل بتشوش التغذي ونقص النمو اللذين يشملان البدن في تلك الاثناء ٠

الحالات التي تورث سوء الاغتذاء هي : فقدان النمو في الجملة الوعائية وضمور الشرايين وسوء تشكل الآورطي وضيق فتحة الاكليل ٠

ولوحة الاكلينيك هذه مشتقة من الاستحالات العضوية عند المصابين بالتدرن الارثي او داء الافرنج الارثي ٠

وهذا واقع حقيقة فان كثيرا من الفتيات اللواتي داوين الكلوروز الذي اصبن به في بادئ الامر قد راجعننا بعد مدة من الزمن وعليهن الظواهر المختلفة للانتان الدرني وخاصة تدرن الرئة فثبت لدينا بالوسائط السريرية الباكتريولوجية انهن مصابات بالتدرن وفهمنا انهن مستعدات للتدرن الذي جاء اليهن من جهة الاب او الام

وعند حصول اشتباه في وجود داء الافرنج المورث فالمسئلة تحل باستعمال (تفاعل واسرمان) ٠

٢ — من اسباب الكلوروز المتحكمة ايضا هو تشوش وظائف المبيض والغدة الدرقية في الفتيات ٠

التشوشات العائدة الى المبيض هي فقدان كفاءته ٠ ان فقدان الكفاءة هذا يتحول الى فرط فعالية في الفتيات بعد زواجهن وبهذا يزول نصف الكلوروز الذي فيهن فتصبح الفتاة المصابة بالكلوروز نشطة قوية بعد الزواج ٠

وكذلك هو فقدان كفاءة الغدة الدرقية ٠ نحن نعرف بعض الفتيات اللواتي تضخم الجسم الدرقي فيهن فصار شبيها بالجدرة (Goitre) فتظهر امام اعيننا ظواهر سريرية تذكرنا بمرض (بازدوو) وهذا هو الاصابة بالكلوروز ولم تظهر اسباب الكلوروز الاخرى ماعدا ضخامة الغدة الدرقية وفقدان كفاءة هذه الغدة المهمة بالافراز الداخلي ، بسبب تضخمها ، هو الذي احدث الكلوروز ٠

٣ — يجب البحث عن وظيفة الكلي في الاطراح في الفتيات المصابات بالكلوروز فان فقد كفاءتها من اعظم الاسباب تأثيرا في حدوث الكلوروز ٠ يسمى الاستاذ الشهير (ديولافوا) هذا الشكل (بالكلوروز البرايتيزمي) وهو يوضح ويشرح بكل وقوف ومهارة هذه الحادثة السريرية في فصل امراض الكلي من كتابه (الامراض الداخلية) الذي لايفقد قيمته الفنية والادبية على مر الآباد ٠

ان مسألة الكلوروز البرايتيزمي المسبب عن الكلي قد حلت من قبل (ويدال) الذي احرز موقعا ممتازا بين نخبة تلاميذ (ديولافوا) بصورة اوجبت الاعجاب والتقدير في الوقت الحاضر ٠

ان فقدان كفاءة الكلي هو عبارة عن نقص اطراح الكلورورات والآزوت مع الادرار فتتجمع هاتان المادتان المهمتان في الدم فيمتزج الدم بالازوت وبالكلورور ٠ والازوت والكلورور كلاهما يقلل الكريات الحمراء وينقص مقدار الهيموجلوبين فيها ومن ثم يحصل فقر الدم الكلوروزي ٠

٤ — وهناك سبب آخر للكلوروز يجب اضافته على بواعثه الاخرى وهو تشوشات بشرة الاوعية الداخلية وهذه التشوشات هي تشوشات البلاسما وهي تسبب تحلل الدم بمادة تدعى (هيموليزين) وهذا التحلل يحلل الكريات الحمراء فينقص مقدار الهيموجلوبين ومن ذلك يظهر فقر الدم الكلوروزي ٠ اما الصامات المتعلقة بتشوشات البلاسما فقد ذكرناها آنفا عند البحث عن الاختلاط ٠

المداواة

التدابير التي يجب اتخاذها للفتيات المصابات بفقر الدم الكلوروزي هي على قسمين :

١ — المداواة الطبية

٢ — المداراة الصحية

وانا ارى ان المداراة الصحية اعظم تأثيرا من المداواة الطبية ولكننا نبدأ اولا بالكلام عن المداواة الطبية مراعاة للاصول :

ان الاساس الذي تبنى عليه المداواة شيئان ٠ الاول

تلافي الكريات الحمراء التي حل بها الخراب · الثاني ايصال الهيموجلوبين (الثروة الجلوبوالية) الى مستواه الطبيعي ·
لدينا دواءان لتضمين وتدارك عدد الكريات الحمراء الاول هو الحديد والثاني هو الزرنيخ

فالحديد يؤثر مباشرة في الكريات اما الزرنيخ فانه يحرك الاعضاء التي تهيء الدم · يجب ترجيح املاح الحديد المنحلة على غيرها في كل وقت · فهذه المركبات لاتتعب المعدة وتمتص بسهولة وتمر من الكبد بسرعة وتصير في حالة كوللوئيدية بسرعة في الدعامة الدموية وتلحق بالكريات الطرية الجديدة التي ترسلها الاعضاء المولدة للدم الى الدعامة الدموية فتقوي تلك الكريات وتسبب تكاملها ·
وبهذه الكيفية يضمن الدم المفقود ويزول فقر الدم ·

يجب الاعتناء في مقادير ملح الحديد المنحل حين استعماله ويجب ان لايتجاوز ١٠ - ٤٠ سنتيغرام يوميا لان زيادته تتعب المعدة فيصعب امتصاصه فيخرج مع الغائط الى الخارج ويتثبت قسم من الزيادة التي امتصت منه في الكبد ويخرب كوللوئيداته الاخرى و يطرح من الكلي بصعوبة ·

فاذا شوهدت موانع كهذه فيجب ترك استعمال الحديد لمدة كافية

الزرنيخ ، يحرك الاعضاء المولدة للدم · ويدعوها الى الفعالية وهنالك تذهب الكريات القوية الجديدة التي تولدها هذه الاعضاء الى الدعامة الدموية فيزيد عدد الكريات الحمراء · وليس للزرنيخ تأثير في تزييد الهيموجلوبين ·
ويمكن الحصول على كلا المقصدين وكلتا الفائدتين اذا اعطي الزرنيخ والحديد معا بشكل (كاكوديلات الحديد) او (هيموسينومروم) وبهذه الصورة تزيد الكريات ويزيد الهيموجلوبين (الثروة الجلوبولية)

وللزرنيخ مركبات اخرى وهي مستعملة في هذه الايام ·
وهنا اريد ان اعرض خاصة انه يجب ان لايتجاوز مقدار الزرنيخ الحد المطلوب للمداواة فان زيادة الزرنيخ فضلا عن احداثها اعراضا نصرف النظر عن ذكرها الان فانها تنخر الاعضاء المولدة للدم وتورثها خرابا ·

المداراة الصحية — هي قسمان الاول كيفية اعداد الطعام والثاني الخدمة والاعتناء الصحي ·

الاطعمة ، من الضروري على الطبيب الذي يأخذ على عهدته ترتيب الاطعمة لمريضة مصابة بالكلوروز ان يعتني في ترتيبها ويلاحظ حالة المعدة والكبد ودعامة الدم وكذلك حالة الكلي ·

يخطر على البال في الوهلة الاولى الاطعمة الازوتية وانواع اللحوم ولزوم اطعامها للمريض لاجل ازالة فقر الدم وتزييد مقدار الهيموجلوبين في الدم ولكننا يجب ان لاننسى ان معدة هؤلاء المرضى لاتقوى على هضم المواد الازوتية تماما وذلك يضعف عصارتها وان الكبد بسبب تعبه لايقدر على تحويل هذه الاطعمة كما ينبغي فالمواد شبه الزلالية التي لم يطرأ عليها هذان النوعان من التحول تدخل الى دعامة الدم وبدلا من اصلاح الدم وتقويته فانها تؤثر فيها تأثير المواد المخرشة والمهيجة وتتعب الكليتين عند مرورها منهما وخروجها واطراحها · وبهذه الطريقة تزيد في شدة (البرايتيزم) الخفيف وتقوي الكلوروز البرايتيزمي ·

ومن هذه الحقائق التي قدمناها يفهم ان المواد الازوتية

وهي اللحوم والجبن والبيض ·· الخ يجب حذف قسم منها من بين اطعمة المريض المصاب بالكلوروز معا امكن ذلك اوتعديلها على الاقل ويمكن اعطاء اكثر الخضروات ومنها الخضروات الطرية للمريض مطبوخة مع اللحم ·

ولا بأس في اعطاء جميع الفواكه لهؤلاء المرضى: لان هذه الفواكه تنظم اطراح الادرار بواسطة املاح الصودا والبوتاسا التي فيها وتساعد على هذا الاطراح بمائها وتسبب انتظام العصارة المعدوية بما فيها من الحوامض وتقوي فعل الجليكوجين في الكبد بالجليكوز الذي تحتوي عليه ·

واجود فاكهة للمصابين بالكلوروز هو العنب · فالتداوي بالعنب Staphylo—thérapie هو احسن نموذج لمداواة الكلوروز ·

نضيف الى هذه التمهيدات تدبيرين آخرين مهمين:
الاول اخذ الاوكسيجين Oxyigénation وهو اول تدبير في المداراة الصحية · ان الاوكسيجين حينما يدخل الى الدم بواسطة التنفس يتوضع ويتثبت في الكريات الحمراء ويعمل على اتمام وتكميل العناصر الجديدة التي تجيء من الاعضاء المولدة للدم الى الدعامة الدموية ويزيد في عدد الكريات ويكثر مقدار الهيموجلوبين فيها · فتزداد القيمة الجلوبولية (الهيموجلوبين) وتكثر (الثروة الجلوبولية) وبذلك تتم معالجة فقر الدم الكلوروزي بصورة كاملة ·

ولهذا السبب تستفيد الفتيات الحديثات السن من التنزه في الخلاء والحدائق والغابات التي يكون فيها الهواء نقيا ومن استنشاق الاوكسيجين

وبذلك يكن قد عملن ايضا التداوي بالشمس بتعرضهن لنورها · ولامرية في الفوائد التي تحصل من تأثير اشعة الشمس وتزييدها الكريات الحمراء وتقويتها الدم ·

وآخر ما اعرضه في ختام معروضاتنا هذه : اننا نوصي بان تتوقى الفتيات من كل مايسبب التخرشات الدماغية والانفعالات وان يتجنبن الذكريات والتأثرات المهيجة وان يتركن خاصة قراءة الروايات التي تهز الاعصاب وتهيجها ·

المستشفى الملكي

تأثير امراض البلاد الحارة على العين

الدكتور سبنسر

كل من عاش في البلاد الحارة يلاحظ كثرة الامراض العينية و يرى دائما انتشار التراخوما والرمد الحاد والرمد الناشئ عن السيلان المجرى والجلوكوما والخ • وجراحو العيون في هذه البلاد هم كثيرون والكل يشتغلون جيدا فيراجعهم كثير من المرضى ولذلك يتمكنون من جمع مشاهدات طبية ثمينة • هناك شعبة اخرى لامراض العين التي لم يعيروها الاهتمام اللازم في الشعبات العينية وبواسطة هذه الشعبة يمكن معاونة اطباء الامراض الداخلية كثيرا لوضع التشخيص في مسألة مشكلة • تظهر العين اعراضا خاصة في اكثر امراض البلاد الحارة ويمكنني ان اقول انه من الصعب ان يكون الطبيب اخصائيا في امراض العيون اذا لم يكن له معلومات جيدة عن امراض البلاد الحارة وانا احب ان ابحث الان عن الامراض العينية التي تحصل في اثناء سير الامراض الباطنة وسأبين لحضراتكم كيف يعين فحص العين بنتيجة تشخيص الامراض الباطنة وكيف ان المريض الذي يشتكي من اعراض مرض عيني هو مصاب في الحقيقة باحد امراض البلاد الحارة (التي يكون فيها مرض العين كعرض) ابحث اولا عن الملاريا : انها كثيرا ما تولد الرمد الثعباني والقروح الثعبانية وكذلك التهاب القزحية والمشيمية والشبكية وكثيرا ما تسبب العمى المطلق • ولذلك فان من واجب اطباء العيون لدى الكشف عَلَى احد هذه الامراض العينية ان يفتشوا عن السبب في جهة اخرى ويتخطرون دائما الملاريا • ولكن يجب ان لا نحكم بان جميع هذه الامراض تحصل من الملاريا فقط • فان هناك بلادا جميع اهلها مصابون بحمى الملاريا فهناك نتفكر بها في الامراض العينية ولكن علينا ان نفتش عن الاعراض الاساسية الثلاثة وهي اولا الحمى المتقطعة ثانيا تأثير الكنين في شفائها ثالثا وجود طفيل الملاريا في الدم • وتوجد نقطة اخرى وهى ان الظروف في البلاد الحارة هي وحدها تتكفل بتوليد امراض العيون بدون ان يكون للملاريا يد في ذلك واهم تلك الظروف هي الحرارة الشديدة نهارا والغبار • والسبب الاخر ان الملاريا تضعف الشخص وتجعله عرضة للاصابة بامراض العين والدليل عَلَى ذلك كثرة وجود القروح العينية في الطبقة الفقيرة • وفي الاخير الاسباب التي تهيئ حصول التهاب القزحية والشبكية والعصب البصري وماعداها من الامراض العينية فيمكن الوقاية منها كما في اوربا • ففي كثير من البلاد الحارة يكثر انتشار الامراض الزهرية فيحصل بسببها امراض عينية كثيرة في تلك البلاد اكثر من اوربا (فالملاريا ان كانت وحدها فانها بمساعدة مناخ البلاد الحارة والامراض الزهرية تحصل عَلَى امراض واختلاطات عينية شديدة) من الممكن ان يستغرب من

كلامي هذا لقلة بحث الكتب الطبية عن المضاعفات (*) العينية التي تحصل في اثناء سير الملاريا • وسبب ذلك هو شيئان • الاول ان الكحالين في البلاد الحارة يشاهدون قليلا من مرض الملاريا الحاد كما ان اطباء الامراض الباطنة لا يهتمون بالاعراض العينية في الملاريا • الثاني يختلف شكل الملاريا كثيرا حسب البلاد • فالاعراض العينية تحصل في الملاريا الخبيثة • لنبحث عن تلك المضاعفات • حين سير حمى الملاريا يتكون الرمد • وعند حصول فقر الدم يظهر اللون الخاسف في منضمة العين وذلك معلوم لدى حضراتكم • فيحصل في هذا الدور تقرحات وفي بعض الاحيان التهاب القرنية • فالقرحة السطحية تكون بشكل Herpes Zoster القرنية • وهذه تمتد باستقامات بشكل اشعة جنبية • وحينما تسقط البشرة وتحصل التقرحات حينئذ تسمى القرحة الثعبانية • وفي حالة سوء القنية المرزغية تحصل كثافة قرنية في المركز وتكون القرنية في ذلك المحل سمراء اللون • وهذه الكثافة تزول احيانا بدون تقرح اما التهاب القزحية والنزوف الشبكية فيمكنها ان تحصل في حين سير الحمى الخبيثة • يحصل في سير الملاريا نزوف متعددة في الجلد ايضا كما في العين • وكون هذه النزوف حاصلة من سدادة او صمامة او هي نتيجة فقر الدم فذلك معلوم • ويمكن حصول العمى المطلق حين سير الملاريا وذلك اما ان يحصل من الحمى الخبيثة واما من التسمم بالكينين ويجب تفريق هاتين الحالتين • ففي عمى الحمى الخبيثة يوجد تعامل حدقي للضياء وقليل من الرؤية • ويظهر في فحص قعر العين ضمور العصب البصري • واما في التسمم بالكينين فتكون الحدقة متوسعة ولا يوجد تعامل للضياء ولا رؤية ابدا • وذلك بنتيجة تقلص الساحة البصرية • ففي فحص قعر العين يشاهد شحوب الشبكية لتقلصات الشرايين الشبكية • واما كيفية حصول العمى فيختلف ، فتارة يحصل فجأة وتارة يتقدمه اختلال في العين واكثر هذه الاحوال تشفي بسرعة • ولكن كثيرا من المرضى يفقدون الرؤية المركزية فيكون تناقص في الساحة البصرية • انا رأيت في اثناء الحرب رجلا حصل له عمى مطلق اثر تعاطيه ستين حبة من الكينين ولكن عادت له قوة البصر بعد المعالجة الجيدة • فاما معالجة هذه الحالة فهو بتوقيف اعطاء الكينين وان يعطى للمريض ستريكنين وغيره من الادوية الموسعة للشريان كنترت داميل ونيترو جليسرين • لنعد الى امراض البلاد الحارة الاخرى :

الأنكيلوستوما : هي كثيرة في هذه البلاد ويمكنها ان تولد الغشاوة او اليستاغموس او العمى المطلق وحتى الساد في الشبان وتظهر الشبكية خاسفة مع وجود نزيف واحيانا نبضان شرياني • فالنزوف تتولد من سموم الانكيلوستوما (ولكن هذا العرض يحصل في اخر ادوار الانكيلوستوما •

به ري به ري : كان منتشرا بكثرة في اثناء الحرب وهو يسبب فلجا عينيا ولا سيما في العضلة المستقيمة الوحشية ولكن اهم عرض له هو العمى المركزي و يحصل ذلك من التهاب العصب البصري •

الديابطس : هو كثير الوقوع في الشرق ويجب دائما فحص البول قبل اجراء عمليات الساد • فوجود السكر في البول

(*) المضاعفات هي معرب Complications
ه. الوترى

لا يمنع اجراء العمليات ولكن وجود الاسه تون والآسه تون آسه تيك يمنع ذلك ويحصل في الديابطس التهاب التبكية ·

الدوسنطاريا : تظهر في المرض اعراض عينية وتلك تشابه كثيرا الحالة حين وجود السيلان المجروى في الغالب تصاب المفاصل الكبيرة كالركبة والكتف والمرفق و يرافق ذلك التهاب المنضمة والتهاب الشبكية وتختلف شدة هذا الالتهاب وتدوم لمدة عشرة ايام وتصيب منضمة الاجفان وحدها وغالبا الجفن الاسفل من دون ان يكون فيها قيح فاما التهاب القزحية فيحصل في القزحية نفسها او الجسم الهدبي ويظهر بعد اصابة الدوسنطاريا بشهر واحد ويقال انهما يحصلان بتأثير السموم لا من الباسيل لانه لا يمكن اكتشاف الباسيل هناك وهو يشفي بزرق مصل الدوسنطاريا ·

ضربة الحر : في ضربة الحر يحصل توسع الحدقة ويحدث الخفش (*) وذلك هو اول عرض لضربة الحر · وبعد حصول الضربة تتقلص الحدقة حتى حين الموت وحينئذ تتوسع · ولكن الحدقتين تكونان متساويتين فهذا العرض يميز بين ضربة الحر وبين التهاب السحايا وفي بعض الرضوض يحصل الخفش و يزول ذلك بالمداواة وتحصل في العين مضاعفات الجذام خصوصا في الشكل العقدي · ففي الجذام العقدي يصير الحاجب كتبارزات غير منتظمة ، معدومة الشعر · فتسقط الاهداب وتحصل عقد في المنضمة وفي القرنية ونادرا في القزحية · فاذا تقرحت تلك العقد تخرب العين واذا بدأت المنضمة فانها تسري نحو القرنية · ففي الجذام الخدري ايضا تسقط الحواجب والاهداب و يحصل ايضا سقوط الجفن وجحوظ العين والشتر الخارجي وعدم التمكن من اغماض فرجة العين · تحصل هذه من فلج وضمور عضلات العين · ففي الادوار الاولى يحصل دمع كثير ولكن اخيرا يحصل جفاف ومن ذلك يحدث التهاب القرنية وتقرحها والتثقب والتفتق والتهاب العين العمومي ·

الطاعون: تكون المنضمة محتقنة والعين براقة و بعقب ذلك يحصل سكون في النظر فتسقط الاجفان وعد الالتهابات والتحولات العينية في المنضمة اذا اهملت القرنية يحصل فيها التهاب ويكون التهابا عينيا مهلكا للغاية ·

الحمى الراجعة : تولد التهاب القزحية والالتهاب القزحي المشيمي وقد رأيت في العمارة التهاب العين الكامل والتهاب القزحية يكون شديدا ولكن يمكن معالجته و يحصل في حمى البق التهاب المنضمة ووجع شديد في قعر العين ولكن لا تترك اثرا بعد شفاء المرض واما الجدري فهو سبب اكثر حوادث العمى في بغداد · وسبب ذلك هو اهمال عين المريض حين فقدانه لشعوره لان عين المريض تكون مفتوحة وناظرة الى الاعلى وتكون القرنية معروضة للمؤثرات الخارجية ويحصل بنتيجة ذلك التهاب القرنية وتقرحها وتثقبات القرنية يعقبها تفتق والسل البصري ويحصل من التندب الواسع لهذا الالتهاب العظيم ضمور العين وفي بعض الاحيان الشتر الخارجي · فالتهاب المنضمة هو كثير بسبب هذا المرض ·

التريبانازوما : تظهر الاعراض الآتية : اولا التهاب القزحية المشيمية السليم · ثانيا التهاب القرنية السليم · ثالثا التهاب المنضمة القيحي · رابعا انتفاخ الاجفان الذي يحصل بدون وجود اختلال في القلب والذي يمكن ارتباطها مع مرض الفيلاريا وجميع هذه الاعراض تزول بالمداواة بالزرنيخ ولكن يجب الاعتناء في التحفظ من ضمور العصب البصري الذي يمكن حصوله من كثرة تعاطي الزرنيخ ·

(*) الخفش . الصعوبة في رؤية النور او الخوف من الضياء وهي تطابق اللفظ Photophobi

ه. الوتري

الحمى التيفوئيدية : يمكن ان تولد التهاب العصب البصري في حين انه لوحظ حصول فلج العين بعد التيفو ويمكن حصول التهاب القزحية المشيمية في مرض الباراتيفوئيد وزرق طعم التيفو يحدث التهاب القزحية والقرنية والبثر Herpes

التيفوس : يرافقها دائما اعراض عينية ففي الادوار الاولى يكون احتقان المنضمة وحينا نزيف وخفش مع تقلص الحدقة وتوسع الحدقة والعشاوة · فهذه الاعراض في حين وجود السراية لوضع التشخيص · ففي اثناء سير المرض يحصل التهاب القزحية مع الساد وكذلك تحولات في شرايين قعر العين مع التهاب العصب البصري وفلج عصب الزوج الثالث والسادس القحفي واما المضاعفات في اثناء النقاهة فهي تحصل من وجود استربتوقوق وتظهر بشكل الخراج الجفني والقروح القرنية وضمور العصب البصري ·

في اثناء سير امراض البلاد الحارة يجب الاعتناء بعين المريض فاذا حصل اعتناء كاف يمكن تقليل وقائع العمى الكثير الذي زاد في الشرق فحالما نرى المريض فاقدا شعوره او في حال السبات يجب ان نحافظ على عينه من الهواء والغبار والحر والحشرات التي تهجم على العين فتؤذيها · يجب غسل العين بالمصل الصناعي على الدوام ويجب تغطيتها بقطعة من القطن او بواسطة شاش مطلي بمرهم البوريك اني فقط بينت اعراض العين لامراض البلاد الحارة في مقالتي · فالكل يعلم الاضرار التي تحصل من البثرة الشرقية في العين كالتكمشات الجفنية ويحصل في الحمى الصفراء وحمى الماء الاسود · وحمى مالطة ايضا تسبب بعض الاعراض العينية · وكذلك الطفيليات واكياسها يمكنها ان تتوضع في العين واهم ذلك Gysticereus cellulosa فعلى اطباء البلاد الحارة ان يلاحظوا في اعطاء الزرنيخ والانتيموان وان يفحصوا قعر العين دائما و يجب تخطر ضمور العصب البصري دائما فالاضرار التي تحصل من استعمال هذه الادوية كثيرة ولكن كثيرا ما نعطف تلك الاضرار على المرض بدون حق في حين انها ناتجة عن الدواء واظن انني قد قدمت لكم دلائل كافية على ان لامراض البلاد الحارة تأثيرا كبيرا في الامراض العينية فاذا اهملها الطبيب فيكون امام نتائج وخيمة ومن جهة اخرى فعلى اطباء العيون ان يعتنوا بفحص الجسم ويلاحظوا صحة المريض العمومية اذا ارادوا ان يتوفقوا في معالجتهم الطبية ·

دور الحضانة في السيلان المجروي

الدكتور شكري محمد

انشرف بان اطلع زملاءنا الاطباء المحترمين عَلَى مشاهدة مفيدة جدا عثرت عليها اخيرا وقد التزمت ان اتحفها الى قراء المجلة الطبية البغدادية قبل ان انشرها في الصحف الاوروبية وهي : شخص يدعى ن ٠ ك ٠ ر في السابعة والعشرين من العمر بغدادي مستخدم في وظائف الحكومة ومتخرج من الكلية جاء يستشيرني عن مرض فيه يزعم انه حرقة البول وذلك في ١٦ اوكتوبر سنة ٩٢٥

الاحوال السابقة ، كان قد اصيب بالسيلان مرة واحدة وشفي منه قبل سنتين وهو أعزب ولكنه لم يمتنع عن الجماع منذ سنتين خلت والرجل عَلَى جانب من الذكاء وغير مصاب بعلة ما ٠ وكانت الفتحة البولية في حالة طبيعية وتساعد عَلَى ترشح شيء قليل من افرازات مصلية استطعت ان اجمعها فوق صفيحة من الزجاج وقد لونت هذه الافرازات بزرقة المثيلن ٠ ولدى فحصها بالمجهر كانت تشاهد تقريبا في كل ساحة مجهرية جونوكوكات جلية ولوكوسيتات ذات نواة مفردة ومتعددة وخلايا بشرية وقد كلفت المريض ان يبول فكان بوله غير مصحوب باي حس غير طبيعي وكان البول رائقا تماما فاعلمته حينئذ انه مصاب بالسيلان ولكنه قال هل يمكن ان يظهر السيلان بعد مرور ١٨ يوما عَلَى الجماع الاخير فكانت ملاحظته هذه وجيهة لذلك قد وجب التفكير فيها واذ ذاك القيت عليه بعض الاسئلة التي كان من الضروري القاؤها في مثل هذه الحالة فاجابني قائلا انني اعلم بالضبط التاريخ الذي تم فيه الوقاع وهو يوم الاحد ٢٨ ايلول وكنت قد سافرت الى احدى المدن لقضاء بعض الاشغال وها هي محفظة الاوراق تنبئ بذلك وعند عروجي عَلَى ضواحي تلك المدينة وجدت بعض الاصدقاء وقد اقاموا ليلة ساهرة وقد اقتحمت الفعل المشؤوم اقتداءً بهم وهذه هي الحقيقة ٠ فسألته اذا كان قد استحم في احد الحمامات العمومية اوقضى حاجته في بيت ماء عَلَى الطرز الافرنجي فاجاب بالنفي فطرحت عليه سؤالا كان في الحقيقة ثقيلا ولكن دعتني الحالة الى القائه وهو هل لك تلك العادة الممقوتة التي تسوقك الى الاستنجاء بالحائط بعد ان تبول فانكر ذلك بتاتا ٠ ولم يشاهد اية بقعة على ثيابه فشكرته جدا عَلَى تلك الايضاحات ٠

وبعد خمسة ايام فحصت الافرازات ثانية فوجدت انها تحتوي مجهريا على نفس المواد التي مر ذكرها ماعدا الخلايا البشرية فانها كانت معدومة ٠ فاستقر رأيي حينئذ عَلَى ان هناك سيلانا امتد دور حضانته ١٨ يوما وهو مايخالف المألوف في امثال هذه الحالة ٠ فبالرغم من ان مصلحة المريض تقضي عليه ان لايموه الكلام عن تاريخ المرض فهل كان يجب علينا ان نسلم بصحة اقواله ٠ او هل كان يقتضي ان نكون في ريب من صحة حالة صريحة واضحة بالمشاهدة السريرية خوفا من ان نكون بذلك قد جرحنا الرأي العام ٠ اعتقدت بصحة اقوال المريض بعد افتكار قليل ٠ وفضلا عن ذلك فقد اتيح لي ان اشاهد حالة

اخرى مثل هذه قبل ١٠ اعوام وقد بدت لي اذ ذاك كحادثة غريبة ٠ وهي ان احد مرضاي قد استسلم للعادة الممقوتة واقتحم الفحش عشية مغادرته براين قاصدا الاستانة على اثر اعلان النفير العام في تركيا ابان الحرب العظمى وقد شعر بعد ١٥ يوما بالضبط بوخز عند البول مصحوب بسيلان وكان هذا تلميذا شابا من طلبة مدرسة الفنون العالية وهو فطن مهذب يهتم بصحته كثيرا وعليه فلم ار مايدعو الى الشبهة في صحة اقواله ٠

ولما كنت دائما تحت تأثير المعلومات المألوفة التي لدينا فلم اجرأ والحالة هذه عَلَى تدوين تلك الواقعة في الطبعة الثانية من كتابي (الامراض الزهروية) الذي كان آنئذ تحت الطبع وقد دعتني ذكرى تلك الواقعة الى عدم التردد في اصدار الحكم عَلَى صحة امتداد زمن الحضانة الى ١٨ يوما في هذه الحالة الثانية ٠

وفي الحقيقة لم يكن من الوهم ان نتكلم عن دور حضانة يمتد الى ١٨ يوما وقد ذكر كثير من المؤلفين طول امتداد زمن الحضانة في بعض حالات السيلان ولكنهم يعزون ذلك الى ان المرضى لم يلحظوا اعراض المرض في بادئ الامر لخفة تأثيرها ٠ وسوف اقتصر هنا على ذكر بعض مشاهدات اشهر المؤلفين لئلا يطول الكلام فيمل القارئ ، قال (فينجر) في كتابه (السفلس والامراض الزهروية) ليس من النادر ان يطول زمن الحضانة في الظاهر الى اسبوعين او ثلاثة اسابيع ٠ ويقول الاستاذ (وولف) في هذا الشأن « ان حضانة بضعة اسابيع التي يقبل وجودها هنا وهناك هي منبعثة عن اعتدال سير السيلان وخفة وطأته وينبغي ان يعلل ذلك بان المريض لم يلحظ مرضه في بدء سيره » وقد جاء في كتاب الامراض الزهروية للاستاذ (فينجر) و (ياداصون) و (ارمان) مانصه : « من المسلم ان زمن الحضانة يمتد في حالات قليلة حتى الى ٢ — ١٠ اسابيع ٠٠ »

فيتضح من هذه الآراء ان كثيرا من المؤلفين يقبلون امتداد زمن الحضانة الى ابعد من الحد المألوف اي ٣ الى ٧ ايام الا ان اكثرهم يعطف ذلك عَلَى عدم شعور المريض باعراض المرض ٠

هناك اهمية مشاهدتي، تلك الاهمية التي تنسي جميع الملاحظات التي مر ذكرها وتطرحها جانبا ٠ وقد اشبعتها درسا وتعقبتها جيدا لابني بها فكرا تكون نتائجه الاجتماعية عديدة لاتحصى ويحق لي ان اقول هذا مادام السيلان نفسه يعد من الامراض الاجتماعية واظن ان توسيع نطاق هذا البحث مما يؤدي الى فوائد عامة فان مهمة الطب في الوقت الحاضر تنحصر في وقاية البشر من هجمات الامراض وكل مالدينا من سعي في هذا الباب (التطعيم بجميع انواعه ٠ تعميم الوصايا الصحية ٠٠٠ والخ) هو متجه الى تلك الغاية وقد شاهد جميع الاطباء المارسين الذين كتب لهم ان يأخذوا عَلَى عاتقهم مداواة الامراض الزهروية ان اكثر المتزوجين حينما تصدر منهم مناسبة غير مشروعة خارج بيوتهم فهم ينتظرون مدة اسبوع واحد ليتحققوا اذا كانوا قد اصيبوا بالسيلان اولا وذلك لئلا تتصل عدوى امراضهم بزوجاتهم ٠ فهؤلاء يحاولون دفع الكارثة الاجتماعية عن زوجاتهم بمجرد معلوماتهم البسيطة عن دور الحضانة وهو في نظرهم لايزيد عن الثمانية ايام ولابد حسب اعتقادهم ان تظهر اعراض السيلان في هذه المدة

اذا كانوا قد اصيبوا به فيحسن بنا ان نبث فكرة امكان حصول السيلان بعد زمن من الحضانة يمتد ثلاثة اسابيع ولو كان ذلك شاذا ونادرا جدا فبهذه الواسطة يمكن منع حدوث مشاكل عائلوية وبما انني في المدة الطويلة التي مارست فيها هذه المهنة وهي ٢١ سنة كنت دائما في ظروف ملائمة لحسن القيام بالبحث ومع ذلك لم اشاهد سوى حادثتين من حوادث السيلان الذى طال امد دور حضانته : اذا اصيب الزوج بالسيلان الذي يطول عهد حضانته فمن المتيسر انتقال مرضه هذا الى زوجته لجهله الصدف التي تؤخر انكشاف اعراض المرض في وقته المعتاد والزوج بعد ان خان زوجته المسكينة بهذه الكيفية ربما اعتبر انها هي التي نكثت عهده وارتكبت خيانته وليست المسألة باقل اهمية في نظر الطب الشرعي ·

فاذا نظرنا الى المسألة من الوجهة التي سبق ذكرها فاننا نكون قد ضربنا عصفورين بحجر واحد (كما يقول المثل) · السفلس يمكن ان يمتد دور حضانته الى ٣ اسابيع · اذاً اننا لو دعونا الرجل الى الاحجام عن موافعة زوجته قبل ان يمر عَلَى فعله الغير المشروع مدة ثلاثة اسابيع فاننا نعمل بذلك تدبيرا ذا فائدتين هما وقاية الزوجة من العدوى وايقاع الزوج الغير مكترث لهذه الامور في ارتباك حقيقي ·

الحرارة الكهربائية في معالجة السيلان

LA DIATHERMIE ENDO-URETHRALE

لفتح الله عقراوي
طالب طب في كلية باريس (*)

من المواضيع الطبية مايدور حوله الكلام الكثير اكثر من غيره حتى يصبح حديث الاندية الطبية او سواها والسبب في ذلك حداثة الموضوع «ولكل جديد طلاوة» واهم من ذلك ان الناس بين طبيب وعامي يعلقون عليه امالا كبيرة علّه يفتح باب النجاة لالوف من المرضى الذين فرغ صبرهم وهم يقرعون باب الاطباء ·

وهذا شأن موضوعنا اليوم الكهرباء في معالجة التعقيبة · فكم وكم من الكلام الكثير دار ويدور حتى الان حول هذا الموضوع بين الناس في البلاد الغربية ! اح ن شاهد عَلَى ذلك النشرات التي يستعملها الاطباء لبث دعوتهم ومن مر في شوارع باريس وساعده الحظ فلا يمشي ساعة حتى يرى جيبه مملوءا بنشرات في هذا المعنى توزع عَلَى الناس عَلَى قارعة الطريق · اما في العراق فلا اشك في انه كان للطريقة الجديدة رنة خاصة بين من يهمهم الامر ·

لست ممن يستخفون (وهم كثيرون كماسنرى) بالطريقة الجديدة الى درجة اهمالها بتاتا ولكني اعتقد من درس المسئلة وبحثي عنها ان الامر قد بولغ فيه وان الطرق المتعارفة في معالجة السيلان الحاد والمزمن كانت ولاتزال حجر الاساس في معالجة هذا المرض الشائع · الحرارة الكهربائية لا تخلو من الفائدة في معالجة التعقيبة ولكن في احكام مخصوصة لاغير · هذا ماسأجرب ان ابينه في هذا المقال ضمن دائرة من البراهين العلمية غير مكترث لما يحوم من المبالغة الكثيرة خارجها ·

(*) فتح الله عقراوي شاب عراقى يدرس الطب في باريس وقد سر جدا لصدور مجلة طبية في وطنه العراق فاراد ان يشارك ابناء وطنه في النهضة العلمية المباركة بالرغم من كونه لم يزل تلميذا · فبعث الينا بهذا المقال راجيا نشره في المجلة الطبية البغدادية وقد كتب الينا كتابا بديعا نثبت هنا اهم ماجاء فيه : « ··· كنت ولا ازال منذ ماظهر العدد الاول من (المجلة الطبية البغدادية) اتتبع اعدادها بكل شوق واقرأ المقالات التي تنشر على صحائفها بكل لذة حتى عزمت وانا الفتي في سلكنا المحبوب عَلَى الانخراط في صف من يعضدون مجلتنا الطبية العراقية ويوافونها بمقالاتهم · وها اني اقدم لكم اول ثمرة اجتهادي وهي مقالة عن الحرارة الكهربائية في معالجة السيلان · وكم يسرني ان ارى اول مقال طبي لي ينشر في اول مجلة طبية عراقية ··»

فنحن لايسعنا الا الاجابة الى طلبه تشويقا له على الجد في سبيل التقدم ونرجو ان يكون سعى هذا التلميذ النشيط باعثا الى تحريك همم اطبائنا المحترمين للخروج من عزلتهم ومعاضدتنا في هذا المشروع المفيد ·

التعقيبة من الامراض التي اذا طال امدها تفرغ صبر صاحبها فتجعله كالاعمى « يتلمس الحيطان الصقيلة » عَلَى قول العامة ليتخلص من مرضه ملتجئا الى هذا او الى ذاك حسبما تهب الريح · وانه لما يدعو الى الاسف ان نرى من وقت الى آخر مبالغات زائدة في بعض اذيال الموضوع من جرائها يبتعد المرضى عن الطريق الصحيحة وتزداد مصيبتهم وعَلَى الطبيب حينئذ مدفوعا بواجب مقدس ان يرشدهم الى الحقيقة ·

ليست الطريقة الجديدة التي نحن بصددها بنت اليوم او الامس بل يرجع مصدرها الى سنة ١٩١١ · وحسب اطلاعي عَلَى الامور سواء من المؤلفات الطبية او مما سمعته شفاهيا من اساتذتي ان اول من طبق المعالجة المعروفة باسم: Diathermie endo—uréthrale هو الدكتور روكيرول (Roucayrol)[١] الرئيس الحالي لدائرة المعالجات الكهربائية في مستشفى الامراض البولية (Hôpital Lariboisière) الذي يديره الاستاذ ماريون (Marion) في باريس ·

غير ان الالمان يدعون انهم سبقوه في ذلك وان الفضل في تطبيق المبدأ الجديد في معالجة التعقيبة يرجع اليهم لا الى الافرنسيين · ولكن قلما يهمنا ان كان مكتشف المبدأ المانيا او افرنسيا ! فان العلم لا وطن له كما كان يقول الاستاذ برت ·

ما هو ذلك المبدأ ؟ وهنا لا بد لي من سرد بعض من مفكرات المكتشف يقول : « ··· ان المعالجة الاسقاطية التي اقترحها جاني (Janet) لشفاء السيلان الحاد بواسطة الغسيل الباكر بالمطهرات القوية لم يقبلها عقلي من دون اعتراض او تحفظ لاني شاهدت امام عيني كما يشاهد كل طبيب ان المطهر مهما كان نوعه ومهما كانت قوته وان كان يفني الميكروبات غير انه يضر بالخلايا التي يمر بها فيرفع عنها قوتها الدفاعية الطبيعية ·

« ··· ثم لفت نظري الى الجهة الاخرى فرأيت اختلاطات للتعقيبة تظهر في الجسم على اثر انتشار الكونوكوك في الدم واهمها التهاب المفاصل ففكرت في نفسي : ان الميكروب المذكور غير قادر عَلَى مقاومة حرارة تصعد فوق الدرجة الاربعين فماذا يفعل لو اصعدنا حرارة الجسم الى الدرجة الكافية لافنائه بسهولة ؟ وهكذا تولدت عندي فكرة ما اسميه « الحمية الاصطناعية » فقمت اطبقها عَلَى المجرى البولي ولكن من دون نتيجة محسوسة اذ ان تجاربي الاولى كانت بواسطة الماء الحار وجريان كالفاني (Courant galvanique) واخيرا

(١) غير ان سانتوس (Santos) هو اول من قال بتأثير ارتفاع الحرارة على الكونوكوك وبين ذلك بواسطة تجارب باكتريولوجية عديدة ثم عاد فاختبر فكرته عَلَى الحيوانات وذلك بادخال اميال خصوصية اصطنعها لاجل هذه الغاية في المجرى الامامي عند الكلب · واخيرا جرب العملية على نفسه فوجد ان اصعاد الحرارة الى ما فوق الدرجة الثالثة والاربعين حتى الخامسة والاربعين من ميزان سنتغراد بواسطة جريان كهربائي لا ضرر منه · ولم يشعر بشيء قط من جراء ذلك سوى ازدياد الحرارة في المجرى البولي · هذه هي تجارب سانتوس ولكن الفضل في تطبيق الطريقة الجديدة في معالجة التعقيبة كما نعهده اليوم يرجع لا شك الى روكيرول ·

خطر عَلَى بالي استعمال الجريان المعروف بالجريان الكثير التكرر (Courant de Haute Fréquence) او بمجرى دارسونفال Courant de D'arsonval ولما عرضت الفكرة عَلَى الاستاذ دارسونفال ذاته استحسنها وشجعني فعملت بمساعدته الالات المرغوبة وما كان اعلان الحرب الكبرى حتى وجدت بين يدي نتائج باهرة حصلت عليها بواسطتها : اربع واربعون حادثة تعقيبة مزمنة شفيت كل واحدة منها باقل من خمس عشرة جلسة · حينئذ عرضت الامر عَلَى اكاديمية الطب ومنذ ذلك اليوم وانا احسن الالة المذكورة كلما سنحت لي الفرصة ورأيت فيها نقصا جديدا ···· »

هذا مايقوله روكيرول وهذه هي النتائج التي يدعي انه حصل عليها بواسطة طريقته الجديدة ولكننا سوف نرى فيما يلي ان مؤلفين عديدين لم يستقبلوها بعين الحماس ·

ليس بنيتي ان اصف هنا تفاصيل الالة المذكورة لاني ارى ان الشرح سيطول بي لاشك خصوصا وان بغيتي من هذا المقال هي البحث في النتائج السريرية التي يمكن الحصول عليها لا غير ، ولهذا اقتصر عَلَى القول ان الات عديدة صنعت في هذا الباب ولكل منها فضيلة على اخواتها غير ان اكثرها استعمالا (في فرنسا عَلَى الاقل) اثنتان هما : الة روكيرول والالة التي صنعتها محلات Gaiffe-gallot في باريس والمعروفة باسمها · وتفضل الثانية على الاولى لانها لا تحدث ضجة عظيمة كالاولى والبعض يفضلها لانه يرى فيها بساطة التركيب غير اني وجدت الاثنتين الواحدة اعقد من الاخرى · وهنا يجب الملاحظة ان الصعوبة ليست في كيفية استعمالها وتطبيق العلاج على المريض — ولو كان ذلك يتطلب من الطبيب المعالج دقة زائدة منع وقوع حوادث مخطرة كحرق المجرى البولي - بل في ان الالات المذكورة معقدة التركيب لدرجة لا يستهونها رجل اقتصرت معلوماته الكهربائية على مايتضمنه في هذا الفرع برنامج الدروس في اغلب الكليات الطبية في العالم · فان وقع خلل في القسم الجوهري من الالة — وان ذلك كثير الحدوث لسوء الحظ في الالات المخترعة حتى الان - وجب تصليحها عَلَى يد خبير في تلك الامور وهذه احدى سيئاتها ·

ان القوة الكهربائية المستعملة لاصعاد حرارة المجرى الى الدرجة المرغوبة تتراوح بين الف وخمسمائة والفين وخمسمائة ميللمبير (Milliaupére) ما يكفي لاصعاد حرارة المجرى الى الدرجة السادسة والاربعين حتى الثامنة والاربعين بميزان سنتغراد وهي الدرجة المستعملة في اغلب الاحيان · وعَلَى كل حال فالدرجة الثامنة والاربعون

هى اقصى ما يجب ان يصل اليه الطبيب المداوي خوفا من

ان تتضرر خلايا المجرى البولي · اما قول المعارضين للدياثرميا بوقوع حوادث مشؤومة كحرق اطراف المجري فهو مردود لان الاحتراق وهو عبارة عن تخثر الالبومين الموجود في القسم المصاب غير قابل الحدوث الا بيد طبيب غير خبير والذي بغلطة او قلة انتباه يصعد الحرارة الى نحو الدرجة الخامسة والخمسين وهي الدرجة التي يتخثر فيها البومين الجسم الحي ·

ما هي مدة المعالجة في كل جلسة ؟ ان الاطباء الذين استعملوا العلاج الجديد في بادئ الامر اقترحوا ان لا تقل المدة عن نصف ساعة في كل جلسة · غير ان اغلبهم عدلوا اليوم عن ذلك لملاحظتهم ان بعض المرضى

العصبي المزاج يتكلفون من ذلك لدرجة ان منهم من يأخذه الارق في الليالي التي تعقب الجلسات الاولى. اذا فالافضل ان لا تزيد مدة المعالجة في كل مرة على عشرين دقيقة وعَلَى الطبيب بملاحظته مرضاه ان يختار المدة الموافقة لكل واحد منهم حسب مزاجه وتركيبه والتأثيرات التي تحدثها عليه المعالجة .

بقي علينا قبل ان نبحث في النتائج السريرية ان نبين ما هي التأثيرات التي تحدثها الدياثرميا عَلَى المجرى البولي . لو فحصنا بول المريض بعد كل جلسة لرأينا ثلاثة امور مهمة تشهد علنا بحسنات الدياثرميا :

اولا : ازدياد الافراز الكلوي : يشعر المريض بعد كل جلسة بحاجة كبرى الى التبول ويفرز عقب الجلسة كمية كبرى من البول على غير العادة حتى ان بعض المرضى من لا يقدر ان يمتنع عن التبول في اثناء الجلسة فيتدفق البول من بين اطراف المجرى والميل الناقل الحرارة الكهربائية (Thermophore) .

ثانيا : ازدياد الخيوط في البول : يظهر ان الحرارة الكهربائية تساعد كثيرا عَلَى اخراج الخيوط من المجرى البولي ولا يخفى ما لذلك من التأثير الحسن عَلَى تطور هذا المرض المزمن .

ثالثا : ازدياد عدد الكريوات البيضاء في افرازات القناة البولية : وربما كان لذلك اكبر تأثير تحدثه الحرارة الكهربائية عَلَى التهاب المجرى المزمن لانها بفعلها هذا تقوي دفاعه عن نفسه تجاه ميكروكوك نيسر او الميكروبات الثانوية التي ترافقه في اغلب الاحيان حينما تدخل التعقيبة في مرحلتها المزمنة .

هـذه هي التأثيرات العاجلة التي تحدثها الدياثرميا عَلَى المجرى البولي المصاب بالسيلان (التعقب) والنأت الان الى البحث في النتائج السريرية وهذا ما اردت الوصول اليه بعد هذه المقدمات وسوف اشرع اولا بسرد اراء من يحبذون استعمال هذه الطريقة ثم ابين موقف المعارضين في ذلك .

الحرارة الكهربائية في السيلان الحاد : ربما استغرب القارئ من معالجتي هذا الموضوع لانه يضاد بذات نفسه مبدأ طبيا معروفا عند جميع الاختصاصيين بالامراض البولية وهو المبدأ الصريح القائل : « سيلان حاد = لا آلة في المجرى » اي لا يسمح للطبيب ان يدخل الة مهما كان نوعها في مجرى مصاب بالتهاب حاد كما هي التعقيبة الحادة . غير ان قسما غير قليل من محبذي الطريقة الجديدة لا يهتمون بذلك بل يستعملون الحرارة الكهربائية في الاحوال الحادة كما في المزمنة . اسمع ما يقوله روكيرول بهذا الخصوص : « لا شك في ان ادخال الميل الناقل الحرارة (Thermophore) في مجرى ملتهب التهابا شديدا امر لا يستهان به ويتطلب تحفظات عديدة من جانب الطبيب المعالج . غير ان الاختصاصي اذا كان ذا خبرة عالية يسهل عليه الامر ويتجنب عواقب غير ممدوحة . » ثم يزيد على ذلك قوله : « كلما تقع تحت يدي حادثة سيلان حاد لا اتردد بتطبيق الحرارة الكهربائية عليها ولو كانت علائم السيلان الاولى قد ظهرت خمسة عشر يوما قبل مشاهدتي المريض لاول مرة لاني لا ارى ضررا او مانعا يمنعني عن ذلك . ان اختباراتي الشخصية علمتني امرين : اولهما ان التعقيبة الحادة قابلة الشفاء اذا

عولجت عَلَى هذه الصورة بمدة قصيرة للغاية : بجلستين او ثلاث فقط . وثانيهما ان اعراض المرض الحادة كالسيلان الدائم والاوجاع التي يقاسيها المريض عند التبول تغيب بسرعة مدهشة بعد استعمال الحرارة الكهربائية مرة او مرتين ... »

ثم يسرد مشاهدات سريرية عديدة ليبرهن نظريته ويستنتج منها ان حوادث الشفاء في الحالات الحادة لا تقل عن ثمانين في المائة عَلَى شرط ان يبدأ بالمعالجة في ظرف ثمان واربعين ساعة من ظهور السيلان وتقل حوادث الشفاء كلما طالت هذه المدة .

اجل ان النتائج لباهرة . ولكن يا ليت لو شارك سائر الاساتذة والاطباء روكيرول واتباعه في تفائلهم هذا وحتى في احصاآتهم وسنرى فيما يلي اسباب ذلك .

الدياثرميا في التعقيبة المزمنة : للمجرى البولي في الحالات الحادة قوة طبيعية عظيمة للدفاع ثم التغلب على العامل المرضي الاصلي وهو الكونوكوك . غير ان هـذه القوة تنقص كلما ازمنت التعقيبة وطال امـدها فتستولي الميكروبات الثانوية عَلَى المجرى مما يكثر صعوبة المعالجة بالطرائق المتعارفة زد عَلَى ذلك ان اغلب هؤلاء المرضى لا يصلون الى الدرجة المذكورة من مرضهم الا ويكونون قد عولجوا بطرق مختلفة وسيئة في اكثر الاحيان مما يضعف القوة الدفاعية التي نتكلم عنها و يزيد الطين بلة . وحينئذ يجب عَلَى الطبيب ان يستعمل كل ما لديه من الوسائط العلاجية لمساعدة هذه القوة الدفاعية على النمو ولديه لاجل ذلك واسطتان غير متساويتين في الاهميـة : التطعيم Vaccinothérapie et anto-Vacinothérapie والدياثرميا . كل يعلم ما للتطعيم من الاهمية في معالجة التعقيبة المزمنة والنتائج العجيبة التي اصبح بالامكان الحصول عليها اليوم في عدة حالات كانت تعنون « غير قابلة الشفاء » قبل اكتشافه . اما الدياثرميا فقد ذكرنا اعلاه ان احدى مزاياها هي مساعدة المجرى البولي بل تقويته في الدفاع عن نفسه تجاه العوامل المرضية سواء كان ذلك بتنشيط خلاياه او باكثار الكريوات البيضاء في اطرافه Leucocytose local

اذاً استعمالها في التعقيبة المزمنة معقول لهذا السبب ولاسباب اخرى بيناها اعلاه ولا شك ان الطريقة الجديدة اوجدت للحالات المزمنة قبل غيرها . فاذا كانت نتائجها ؟

« اما في التعقيبة المزمنة فقد رأيت ان النقطة الصباحية لا تلبث ان تنقطع وان البول يصبح صافيا وخاليا من الخيوط الثقيلة التي ترسب في اسفل الوعاء .... ويخلو المجرى من سائر الجراثيم سواء كان الكونوكوك او الجراثيم المشتركة معه كالاستافيلوكوك والانتروكوك والكوليباسيل ... الخ وكل ذلك بمعالجة قصيرة لا تزيد مدتها عَلَى بضع جلسات وعلى كل حال فهي اقصر مدة من المعـالجة بالطرائق المتعارفة .... ولا يخفى ما للوقت من الاهمية في بعض الحـالات كقرب ميعـاد الزواج او ضـرورة السفر العاجل الخ .. مما يزيد اهمية الدياثرميا العلاجية .... »

(روكيرول)

وهنا لا بد من ان اذكر حادثة عولجت بالحرارة الكهربائية اوردها الاستاذ بورديه (Bordier) في

كتابه الحديث عن الدياترميا لانها لا تخلو من الفـائدة يقول :

«الحادثة الخامسة تعقيبة مزمنة يرجع تاريخها الى احدى عشرة سنة عند رجل في الثلاثين من عمره . اجري في ١١ تموز فحص النقطة بالمجهر : كونوكوك وستافيلوكوك . اما الفحص السريري فاظهر وجود تضييق في ثلاثة امكنة في المجرى البولي والتهاب البروستـات والطرق المنوية . بين ١١ تموز و ٩ تشرين الاول : معـالجة التضييق وتوسيع المجرى بواسطة البنيكة (Bérniqué) ولكن من دون نتيجة محسوسة . يعلن المريض انه مضطر بزواجه في الخامس والعشرين من تشرين الاول . حينئذ جربت الدياترميا وباقل من عشر جلسـات بعد اجراء الامتحـانات الـلازمة (البـاكتريولوجيـة والسريرية) سمح للمريض بالزواج بعد التأكد من شفائه التام » .

هذه واحدة من عشرات من الحوادث التي نشرت في المجلات الطبية ولو لا خوفي من التطويل لسردت عددا غير قليل منها لانها لا تخلو من اللذة والفائدة كما يرى القارئ من قراءة الحـادثة اعلاه التي يكاد عقلي ينكر صحتها رغما عن اني لم اقف بنفسي على تفاصيلها ! لا انكر اني في اول عهدي بدرس الموضوع والاطلاع على هذه الحوادث خيل لي ان معضلة التعقيبة المزمنـة قد حلت بطريقة ملائكية تجمع بين الدقة والسرعة والشفاء المؤكد ! ولكن سرعان ما خاب املي حينما عمقت الدرس فرأيت المخالفين عديدين :

يقول الاستاذ ماريون في مقدمته للكتيب الذي وضعه روكيرول في الموضوع بعد انتهاء الحرب : « ان الطريقة الجديدة لا تخلو من الاهمية لان المبدأ الذي تقوم عليه حقيقي لا يتزعزع لا سيما وان نتائجها الاولى حسنة لا بأس بها كما يبان لنا حتى هذه الساعة . ان كثيرين ممن سيطلعون عليها ويقفون على تفاصيلها سوف يأخذهم الشك في امرها ونتائجها ولكن ليعلموا ان الطبيب العالم لا يصح له ان ينكر على الفور صحة امور تلقى بين يديه لاول مرة اذًا لندرس سوية تفـاصيل الطريقة الجـديدة ومتى ما اختبرها كل واحد منا بدقة تامة حينئذ نقدر ان نحكم بحسناتها او بسيئاتها . في التعقيبة اكثر من غيرها من الامراض يجب على الطبيب الاختصـاصي ان لا يدع طريقة ما تمر امام عينيه الا ويجربها لان التعقيبة كثيرا ما يصعب شفاؤها بالطرق المتعارفة لدينا » .

هذا ما قاله ماريون حينئذ وهو كما يرى القارئ يتجنب اعطاء رأي صريح بات في المعالجة بالحرارة الكهربائية رغما عن ان في الاربع سنين التي مرت بين سنة ١٩١٧ (وهي السنة التي فيها عرضت النتائج الاولى على اكاديمية الطب في باريس) وسنة ١٩٢١ حين كتب الاستاذ ماريون مقدمته المذكورة نشر في الصحف الطبية القسم الاكبر من المشاهدات السريرية واراء اكثر الاختصاصيين الذين طبقوا الطريقة الجديدة على الوف من المرضى فمنهم من حبذها وهم الفئة القليلة والاكثرية نبذتها .

ثم نعود فنرى ماريون ذاته يكتب عنها في كتابه المشهور عن الامراض البولية في اواخر سنة ١٩٢١ بضعة اسطر بحرف ناعم عادا اياها احدى الطرق الثانوية

لا غير رغما عن ضجيج المحبذين بنتائجهم الباهرة . كل ذلك بعد تجربة دقيقة وفتح دائرة خاصة لذلك في مستشفى اللاريبوازيير (Lariboisiére) تحت ادارة روكيرول ذاته وكل من يتتبع اليوم حركة المستشفى المذكور يتحقق قلة الاهمية المعطاة للطريقة الجديدة في معالجة المئات من المرضى الذين يفحصون ويعالجون يوميا في دائرة المعاينات الخارجية . والقليل من المرضى الذين يعالجون بالحرارة الكهربائية مصابون بتعقيبة مزمنة عصي شفاؤها على الطرق العادية حديثة كانت او قديمة . اما حوادث السيلان المزمن (والتي فيها ادعى روكيرول واتباعه انهم حصلوا على نتائج مدهشة كما تقدم) فلا ذكر لمعالجتها بالحرارة الكهربائية ابدا وكلها تعالج بالغسل العـادي (Grands Lovages) .

هذه اراء ماريون وموقفه تجاه المسئلة وقد اسهبت على قدر الامكان في شرحها لعلمي ان كل من عرف ماريون من القراء سواء كان في مستشفاه او من قراءة مؤلفاته يقدر مقدرة الرجل ومعارفه الواسعة .

ولكن ان كان ماريون متهاود الاراء معتدلها فالقسم الاعظم من الاساتذة الاختصاصيين والاطباء في فرنسة يهمل بتاتا تطبيق الدياترميا في معالجة التعقيبة لدرجة ان لا ذكر لها في مستشفياتهم . فالاستاذ لكو (Legueu) وهو الاستاذ الاول للامراض البولية في جامعة باريس لا يستعملها قطعيا ! وهكذا قل عن اغلب مستشفيات باريس ومستوصفاتها خصوصية كانت او عمومية . اما في بوردو فقد سمعت الاستاذ دوفرجه (Duverger) نفسه يرجم الطريقة الجديدة في سنة ١٩٢٤ مدعيا انها عدا عن الحروق التي تسببها في بعض الاحيان في اطراف المجرى البولي فنتائجها الباهرة التي هلل لها الكثيرون ليست الا ظاهرية وان الدياترميا لم تأت بما كان يرتجى منها .

ولا اظنها حازت على نصيب اوفر في عيون المدرسة الليونية (Ecole Lyonnaise) وان كان الاستاذ بورديه في ليون حامل لواء محبذي الدياترميا في السنتين الاخيرتين في فرنسة .

هكذا كان نصيب الدياترميا في فرنسة وهي البلد الذي خرجت منه لاول مرة : الاهمال وعدم الاهتمام !

ولكن ان كان محبذو الطريقة التي نحن بصددهـا قد بالغوا في محاسنها ونتائجها فيظهر ان مضاديها قد بالغوا ايضا في اهمالها وعدم الاكتراث لها . الطب اكثر من سائر العلوم فن تجريبي اختباري والدياترميا في معالجة التعقيبة تحتاج الى درس ادق واعمق من الذي اجري حتى الان واكبر داع لذلك ان الطريقة نفسها تاتي بنتائج لا يستهان بها في معالجة امراض عديدة وخصوصا في الامراض العصبية . ومن المنتظر انهـا تأتي بنتائج مشابهة في معالجة التعقيبة بعد ان تدخل عليها التحسينات اللازمة . اما الآن — في الساعة الحاضرة — فالكل متفقون على امرين :

اولا : ان هنالك بعض حوادث مزمنة يرجع تاريخها الى سنين عديدة يعصى شفاؤها بالطرق المتعارفة وان اجريت هذه على يد اختصاصي خبـير ولا احد ينكر ان الحرارة الكهربائية تتمكن بسهولة غريبة من شفاء هذه الحالات وبوقت قصير . وقد ساعدني الحظ وشـاهدت

مؤخرا بعيني بفضل الدكتور فوويل (Fauvel) ثلاث حوادث عَلَى هذا الشكل وثقت ايماني وملأتني امالا في مستقبل الطريقة الجديدة ٠

ثانيا : اما في التعقيبة المزمنة العادية فمن الافضل ان تعالج اولا بالطرق العادية وان لا تطبق الحرارة الكهربائية عليها الا متى ما طال امد المعالجة وقلت ثقة الطبيب بالحصول عَلَى شفاء تام بالوسائط المتعارفة لديه وهذا هو رأي روكيرول ذاته حين يقول في استنتاجاته الاخيرة : « اعتقد انه يجب الشروع بالوسائل المتعارفة ومتى ما فشلت هذه وجب تجريب الحرارة الكهربائية ٠

اما في السيلان الحاد فالاغلب ان لم يكن الكل يجمعون عَلَى ان الغسل بالمطهرات لا يزال العلاج الافضل في مداواته وان الحرارة الكهربائية يجب ان تنفى من هذا الباب ٠ هذا رأي الاكثرية الساحقة واظن ان محبذي الدياثرميا ذاتهم رجعوا عن ادعاآتهم الاولى وربما كانت حوادث الشفاء السريع التي نشرت في اول الامر مشكوكا فيها او لم يكن ذلك الشفاء الا ظاهريا ٠

هذه هي الحقيقة عن الدياثرميا في معالجة التعقيبة حسبما قدرت ان افهمها من درسي اياها وقد جربت في هذا المقال ان اسند كلامي عَلَى اراء اشهر من اشتهر في الموضوع من اساتذة واختصاصيين سواء باطلاعي عَلَى الامور في نفس مستشفياتهم او من درسي كتبهم ونشراتهم ٠ والى القارئ قائمة اهم الكتب التى اعتمدت عليها في درسي هذا :

١ : «Diathrmie et Diathermotheropie » par Bordier (Bailliére et Fils, Paris 1925)

٢ : « L'Electricité dans le traiteurent des uréthrite saiguès et chrouiques» par roucayrol (Vigot Frères, Paris 1921)

٣ : Archives d'Electricité medicale, Juillet 1913

٤ : Journal d'Urologie, 1922

٥ : Paris Médical, 15 décemre 1917

٦ : « Traité d'Urolgie » par Marion (Masson, Paris 1921)

باريس في ٢٨ تشرين الاول سنة ١٩٢٥

المستشفى الملكي

اللوسميا الميه لوئيدية

الطبيب
داود نسيم

ارى من الواجب قبل الدخول في الموضوع وتعريف مرض اللوسميا ، ان الفت الانظار الى خاصة من خواص اللوكوسيتوز وهي، في اللوكوسيتوز يقع التزايد في اشكال اللوكوسيت العادية والطبيعية دائما ولا يصحب ذلك تغير ما في الاعضاء المولدة للدم Hemopoïésique اما في اللوسميا فيكون تكاثر الخلايا مصحوبا بوجود اشكال غيرطبيعية ويكون معه كذلك تغير جزئي او كلي في الاعضاء المولدة للدم ٠

فاذا وجدنا تكثر الكريوات مترافقا مع اشكال لم تكن في حالتها الطبيعية التي توجد في الدم ، وكان مع هذا التزايد بعض التغيرات في الاعضاء المولدة للدم فيحق لنا ان نقول ان هناك مرضا ، وهذا الحال المرضى هو المسمى باللوسميا ٠

من هذا التعريف يتبين لنا وجود نوعين من هذا المرض ٠ الاول ، ان هذا التغير والتكثر يقع عَلَى نوع اللنفوسيت وعَلَى الاعضاء اللنفاوية فيكون اللوسميا اللنفاوية اما في النوع الثاني فالتغيرات المذكورة تقع عَلَى نوع الميه لوسيت Myelocite والاعضاء الميه لوئيدية Myeloïde فيكون اللوسميا الميه لوئيدية ولكن يوجد في المشاهدات السريرية بعض انواع اللوسميا تظهر اعراضا خاصة يطلق عليها اسماء مخصوصة كاللوسميا الحادة والبارالوسميا Paraleucemie ولكن لما كانت المشاهدتان اللتان لدينا هما من نوع اللوسميا الميه لوئيدية فسأقتصر بحثي عَلَى هذا النوع فقط وقبل الشروع في التفصيل ارى من الواجب ان اقدم للقراء الحالتين المذكورتين ٠

اما الاولى فقد نشرت في المجلة الطبية البغدادية (عدد ٤ صحيفة ١٩١) لهذا لا ارى لزوما لتكرار ذكرها هنا ٠ اما الحالة الثانية فهي تخص المريض آ٠ع ٠ وهو الآن في السريريات الداخلية تحت نظارة حضرة الطبيب السيد هاشم الوتري ، وبما ان لهذه الحالة تعلقا في بحثي فاودان اذكر لكم نبذة ولو مختصرة عن احوال هذا المريض ٠

المريض آ٠ع٠ عمره ٣٨ سنة وله ولدان حسنا الصحة مهنته الفلاحة منذ صغره ٠

احواله السابقة لا يتخطر انار انحراف في صحته قبل الثلاث سنوات الاخيرة٠ ومنذ ثلاث سنوات شعر بحمى يسميها المريض نفسه (حمى مثلثة) يعني انها كانت تنتابه كل ثلاثة ايام مرة ودامت تعتريه على هذا المنوال مدة سبعة عشر شهرا ثم زالت من نفسها ومن دون معالجة ٠

اوصاف الحمى كما يصفها المريض ٠ انه عندما يعود من فلاحته يأخذه سهف (١) ومع كل نوبة كان يشرب كما يدعي تقريبا جرتين من الماء ثم كان يتمذذه وبعد بضع

(*) السهف : العطش الشديد

ساعات كان يتفصد بدنه عرقا ثم يبرد جسده وهكذا تعود اليه صحته ولكن هذا المرض لم يكن ليزعجه ٠ ونظرا لتعريفه هذا فمن المحقق ان مرضه كان حمى ربع ٠ وقبل شهرين شعر بفتور في قواه وعدم اقتدار عَلَى الشغل وكثرة التطلب لشرب الماء واوجاع شديدة في ناحية الطحال وقلة الدفع الطبيعي ٠ ولاجل ازالة هذا العارض راجع احد الحلاقين فاجرى هذا له عملية الفصد وادعى المريض انه خرج من محل الفصد سائل ابيض بدلا عن السائل الاحمر الدموي ولا يخلو كلام هذا المريض من المبالغة وان كان فيه شيء من الحقيقة وقد شعر بتحسن ما من اجراء هذه العملية ثم دخل المستشفى في الموصل وبقى هناك مدة عشرة ايام من دون ان يشعر بتحسن في صحته ثم اشار عليه بعضهم ان يقصد المستشفى الملكي لاجل العملية ٠

الاحوال الحاضرة ظاهر البطن مملوء بآثار الكي وهذا دليل عَلَى شدة الاوجاع التي يقاسيها لان الكي لم يزل مستعملا عند البدو لتسكين الالم مهما كان نوعه ٠ الطحال متضخم ، عرضا يتجاوز السرة باصبعين ونصف ، طولا نازل الى الحفرة الحرقفية اليسرى ٠ الكبد يتجاوز الاضلاع بمقدار سبعة سنتمترات ٠

هذه هي خلاصة احوال المريض اثبتها هنا بصورة مختصرة جدا والآن نرجع الى اصل الموضوع ٠

المعلومات التاريخية : لم يكن مرض اللوسميا معروفا قبل سنة ١٨٤٥ الميلادية وفي هذا التاريخ اكتشف هذا المرض من قبل (بنت) Bennet واكتشفه كذلك ويرخوو Wirchow اما الاول فوصفه بتراكم المواد القيحية في الدم ٠

واما الثاني فقد عرف حقيقة المرض ووصفه باوصافه السريرية الحقيقية فاصبح المرض المذكور منذ ذلك التاريخ مستقلا باعراضه واسبابه وتشريحه المرضي ٠٠ الخ ٠

اسباب وتكون هذا المرض : مرض اللوسميا الميه‌لوئيدية اكثر انتشارا من غيره من الانواع ولكن اعراضه الابتدائية خفية مع الاسف ولا يشعر بها المصاب ولهذا لايراجع الاطباء الا حينما يصل المرض الى ادواره الاخيرة ولا يكون التشخيص الا صدفة كما وقع في مريضينا فقد حصلت شبهة في المريض الاول من تبول الهموغلوبين وعنده وفي الثاني من تشمع الكبد ٠ ولم نقف على حقيقة المرض الا صدفة لهذا لم يتسن الوقوف عَلَى الاسباب الحقيقية لنشوب هذا المرض ٠ اما المرض فيعتري في الغالب الكهول الذين يتراوح سنهم بين ٣٠ و ٥٠ سنة ويصيب الذكور اكثر من النساء ويحدث في الشيوخ نادرا وحدوثه في الاطفال اندر ٠

تكون المرض : ان مرض اللوسميا سواء كان من النوع اللنفاوي او الميه‌لوئيدي وسواء كان حادا او مزمنا ، لاتزال اسبابه مجهولة بصورة مطلقة ولا يوجد لتعيين اسبابه الا بعض النظريات ٠

١ — اعتبر بعض المؤلفين مرض اللوسميا سرطانا دمويا او سرطان الاعضاء المولدة للدم وقد اتوا بالدلائل الآتية للبرهنة عَلَى صحة نظريتهم هذه : ان عرض البدن عَلَى الاشعة الكهربائية يفضى احيانا الى تكون هذا المرض فيه وهذا ايضا مما يسبب التصنعات الجديدة الاپتيليائية وتستخدم الاشعة المذكورة نفسها لمنع تقدم اللوسميا كما انها تستعمل ايضا في مداواة السرطان ولهذا يمكن تصور

اسباب متعددة تعمل عَلَى تكوين هذا المرض نظيرما يكون في حدوث السرطان

٢ — وآخرون ينظرون الى هذا المرض كنتيجة لبعض **الامراض المعدية** التي تسبب تكثرا هائلا في عدد الكريات البيضاء فضلا عن تهييجها الاعضاء المولدة للدم والتغيرات التي تحدثها هذه الامراض تكون احيانا في الاعضاء الميه‌لوئيدية كما يكون في الجدري واحيانا في الاعضاء اللنفاوية كما يكون في الحمى التكفية ٠

٣ — والملاريا هي اكثر هذه الاسباب اهمية وحدوثا نظرا الى تأثير جراثيمها عَلَى الاعضاء المولدة للدم وفي الحقيقة نجد في مشاهدتينا اللتين مر ذكرهما ان المريضين الاثنين كانا قبل ذلك مصابين بالملاريا ولكن لو فرضنا وجاهة هذا السبب وسلمنا بصحته لاقتضى العثور عَلَى اللوسميا في كثير من مئات المصابين بالملاريا في العراق لشدة انتشاره في هذا القطر ٠

٤ — وهناك من يرى مناسبة بين التدرن واللوسميا وفي الحقيقة ان القسم الاعظم من المصابين باللوسميا هم مصابون في ذات الوقت بافة درنية ولكن كيف يمكن اثبات وجود السل قبل نشوب اللوسميا ٠ واما حصول التدرن بنتيجة اللوسميا فهو امر طبيعي لما لهذا المرض من التأثير الشديد على الصحة واحداثه فقر الدم في البدن المصاب به وتنقيص حيوية الاعضاء المولدة للدم ومع ذلك فهناك حالات من اللوسميا يسبقها التهاب درني في العقد اللنفاوية ٠

٥ — ويعتقد البعض ان داء الافرنج سواء كان وراثيا او كسبيا هو كاف لاحداث هذا الداء ولكن لم يقم برهان عَلَى هذا الادعاء سوى ماهو معروف من تأثير داء الافرنج عَلَى الاعضاء اللنفاوية والاعضاء المولدة للدم ٠

٦ — العوارض Traumatisme : تنبئ بعض الاحصاآت ان المصابين باللوسميا يراجعون الاطباء بعد حدوث آفات جرحية في ناحية الطحال ويحتمل ان يكون الجرح سبب تكون المرض ولكن رب سائل يسأل ماهو الدليل الذى يثبت عدم وجود المرض قبل الجرح والجرح لايكون الا سببا لتشديد المرض وحث المريض على مراجعة الطبيب ولابد ان يكون الرأي الاخير اقرب الى الصواب من النظرية الاولى ٠

٧ — يدعي البعض ان بعض الجراثيم تكون السبب الاصلي لتكون المرض كبعض الباسيلات والكوكس والبروتوزئير الخ ويمكن قبول هذا الفكر حينما يتسنى احداث اللوسميا بواسطة التطعيم ولكن لم تحصل نتيجة ايجابية من هذا الاصول حتى هذا التاريخ ٠

٨ — واخيرا ان بعض الطفيلات المعائية اوالفيروسات القابلة الترشيح او الهيماتوزوئير تسبب التسمم في بعض الظروف فتتمكن من احداث فقر الدم وبالنتيجة اللوسميا ٠ ولا يمكن جرح هذه النظرية كما لايمكن تصديقها وهكذا بقيت اسباب هذا المرض وطريقة تكونه تحت ستار الخفاء ٠

الاعراض : اما الاعراض Subjectif التى يرويها المريض فبما انها تكون خفية ومغفلة في بدء سير المرض فالمريض لايشعر حينذاك بمرضه ولا يحس بانحراف صحته الا عندما يصل المرض الى درجة مترقية واهم واول عرض يزعج المريض هو التعب والضجر ويليه الضعف وسوء الهضم ومن الاعراض الاساسية مايحس به المريض من

الاوجاع في ناحية الطحال وفي المفاصل وفي الحقيقة ان الاوجاع المذكورة تكون في نهاية العظام الطويلة ٠ وبما ان ضخامة الطحال تسبب التضييق على جدار المعدة فيحصل من ذلك اختلال في لهضم اما الاسهال فيعتري المريض في آخر الدور وحينما يكون المرض مترقيا بدرجة انه يسبب حصول الاورام الميه‌لوئيدية Myélome على جدار الامعاء وتحدث في بعض الاحيان اوجاع شديدة في الخصية ايضا وقد شاهدت ذلك في مريضنا الاول٠

الاعراض المحسوسة Objcetif — يذكر في اول الامر ضخامة الطحال ٠ لا يزيد وزن الطحال في الحالة الطبيعية على ٢٥٠ غراما ولا يتجاوز حجمه الاضلاع اما في حالة اللوسميا الميه‌لوئيدية فيكتسب ثقلا يعادل في بعض الاحيان ثلاثة كيلوات ويكبر حجمه حتى يملأ جوف البطن كما شاهدناه في وقعتنا الثانية وفي كل الحالات يكون ظاهر الطحال املس صقيلا وحافته منتظمة ٠ ويتضخم الكبد حتى يتجاوز الاضلاع ولكن مع ضخامة هذا العضو لم يوجد احوال سريرية تدل على عدم كفاءة الكبد او استحالته كاليرقان والحبن ووجود دورة وريدية جانبية Collaterale .

جهاز الدوران الدموي : لم يظهر عليه تغيرما ولكن كما سنرى في مبحث تحليل الدم ، من اختلاف نسبة الكريوات الحمراء والبيضاء ووجود بعض تلك الكريوات بحالة لاتوافق الحال الفيسيولوزيقي يتبين لدينا طبعا ان فعل تصفية الدم Hematose لم يقع تماما ولذلك فالمريض يحس وخصوصا في اثناء الليل بعسر التنفس ٠

الكليتان تتأثران نادرا واحيانا يشاهد تبول الزلال ونظرا لكثرة افراز بقايا الكريوات البيضاء يزيد مقدار افراز حامض البول ومنه تحصل نوبات القوانج الكليوي٠

الجهاز العصبي اقل واندر تأثرا من جميع الاجهزة ومع ذلك فالمؤلفات الطبية لاتخلو من ذكر بعض وقائع تتعلق بالتهاب الاعصاب المحيطية والشبكية ولكن هذه الحالات ايضا من اندر النوادر٠

الجهاز اللنفاوي : لايحدث في العقد اللنفاوية تغير ما اثناء الاصابة باللوسميا الميه‌لوئيدية ولكن في الشكل المترقى منها يمكن العثور على ضخامة العقد اللنفاوية المغبنية والابطية٠

الاختلاطات : اللوسميا الميه‌لوئيدية كسائر الامراض لها سوء تأثير عميق على البنية فالمصاب بهذا الداء طبعا يكون معروضا ومستعدا لانواع الامراض المنتنة واذا حصل اختلاط بمرض من الامراض المذكورة فلابد ان يكون اثقل واكثر وخامة من الاحوال العادية ولا اريد طرق هذا الباب لشموله العام ولوسعته ولكن اقتصر على ذكر بعض الاختلاطات المختصة بهذا المرض٠

١ — كثيرا مايصادف التدرن المزمن او الحاد في اثناء وجرد هذا المرض كما ذكرت عند البحث عن اسباب المرض ٠ وبعض الاطباء يعتبرون داء السل كالسبب الاصلي لنشوب هذا المرض ٠

٢ — انصباب البلورا اليسرى هذا الاختلاط مختص بهذه اللوسميا وله خواص مميزة عن بعض الانصبابات اولا انه يتكون دائما في الطرف الايسر ولا يحدث الاعقيب التهاب محيط الطحال Periplemite ثانيا يتميز عن سائر الانصبابات بالتركيب الحجروي Formule leucocytaire الانصبابات المترافقة باللوسميا تحتوي على تفلسات الحجرات الاندوتالية والكريوات البيضاء تظهر بعين المظهر الموجود في دم ذلك المريض في حين ان في الانصبابات المصلية الليفية والالتهابية المنشأ يوجد بوجه عام كريوات كثيرة النواة من نوع النتروفيل ومقدار قليل من الميه‌لوسيت ونرى في الانصبابات الدموية تارة كثرة كثير النواة وتارة نسبة حجروية شبيهة بنسبة كريوية الدم

٣ — حصول بعض النزوف ومنها تبول الدم ، الرعاف والاورام الدموية تحت الجلدية والنزف الدماغي وما اشبه ذلك ٠

٤ — التهاب الاوعية Phlébite الشبيه بالورم الموجع الابيض Phlegmatia Albadolens ولكن من دون وقوع تغيرات في جوار الاوعية لان هذا العرض منبعث من اثار سدادة Thrombose ليس الا٠

٥ — انشقاق الطحال ٠ ولكن هذا الاختلاط لايقع الا نادرا٠

المدة والنهاية: يكون المرض في بادئ الامر خفيا وبطيئا لذلك فان سيره من النوع المزمن فتارة يترقى تدريجيا حتى يصل الى الموت وتارة يحصل في اثناء سيره تحسن ذاتي اودوائي ويستمر المرض على هذا المنوال احيانا اربع سنوات او ازيد ويحصل الموت اما باثار الكاشكسيا اوبنتيجة بعض الاختلاطات

حالة الدم سيأتي ذكر ذلك عند البحث عن التشخيص٠

التشخيص : قد تبين جليا مما قدمته من الايضاحات ان لدينا عرضين جوهريين من بين الاعراض المتعددة٠ الاول ضخامة الطحال الموجعة والمترافقة بضخامة الكبد والثاني هو حالة الدم ٠

اما ضخامة الطحال فلا يمكن الاستناد عليها لكثرة الامراض التي تستوجب ضخامة هذا العضو ولاجل اثبات مدعاي اذكر قسما من تلك الضخامات ١ — تدرن الطحال ٢ — داء الافرنج ٣ — الاورام الخبيثة والسليمة ٤ — الخراجات ٥ — انواع الاستحالة ٦ — الضخامة الحاصلة في اثناء بعض الامراض المنتنة ٧ — الحمى المرزغية ٨ — الامراض القلبية ٩ — الامراض الكبدية ١٠ — اللوسميا٠ بقي لدينا الطريق الوحيد والسالم تقريبا من الخطأ وهو المراجعة الى فحص الدم ٠ اوصى Gaston Lyon بطريقة للتحليل ولو انها ابتدائية ولكن يمكن اجراؤها في كل آن ومكان وفي وسع كل ممارس لفن الطب العمل بها وهي :

تؤخذ انبوبتان زجاجيتان فيوضع في كل واحدة منهما بضعة سنتيمترات مكعبة من الماء المقطر ثم يضاف على الاولى قطرة من الدم العادي وعلى الثانية قطرة من دم المشتبه بانه مصاب باللوسميا الميه‌لوئيدية ففي الانبوبة الاولى يحصل بنتيجة الحل Hemolyse سائل رائق شفاف اما في الثانية فبما ان كثرة الكريوات البيضاء لم تنحل اذا كان الدم حقيقة دم اللوسميا فالمحلول يكون عكرا ومكدرا وهذه الطريقة بسيطة ولكنها لا تفي بالغاية المطلوبة ٠

لون الدم : في اللوسميا الميه لوئيدية يحصل تناقص في عدد الكريوات الحمراء وتناقص في الهيموغلوبين وتزايد في الكريوات البيضاء فيكون لون الدم حينئذ خاسفا وهكذا كان مريضنا الثاني الذي شرحت مشاهدته بصورة

مختصرة فانه كان يدعى ان قد خرج من الاوعية حين اجراء الفصدعليه صائل ابيض اللون (كان يشبهه بالشنينة) ومع ان ا يجب ان نتلقى هذا المدعى بالاحتياط فيجب قبوله كدليل كاف عَلَى خسافة لون الدم ·

الفحص المجهري : الفحص المجهري يعرض اوصافا لا تقبل الالتباس والاشتباه ومن تلك الاعراض :

١— تغير في كمية وكيفية الكريوات البيضاء

٢— » « « « » الحمراء

٣— وجود بعض العناصر الغير طبيعية في المجرى الدموي التي لم تكن موجودة في الحال الطبيعي ·

الكريوات البيضاء : من الاعراض الاساسية لهذا المرض تزايد عدد الكريوات البيضاء بصورة هائلة جدا مع ان عدد الكريوات المذكورة في الحال الطبيعي يتراوح بين ٦٥٠٠ و ٨٠٠٠ وهذا العدد يترقى في هذا المرض حتى يصل الى مئات الالوف وحتى الى الميليون وحينما تكون نسبة الكريوات البيضاء الى الكريوات الحمراء كنسبة ١—٨٠٠ تترقى هذه النسبة حتى تصل احيانا الى ١—٢٠ و ١ ١٠ هذا من وجهة نظر العدد اما من جهة الاشكال فهناك ايضا اوصاف مميزة لهذا المرض · ففي الحال الطبيعي تكون الكريوات المعروفة بالميه لوست موجودة فقط في الاعضاء الميه لوئيدية ولا تدخل مجرى الدم الا في حالة النضوج اعني في حالة كثيرة النواة بانواعها المعروفة اما في اللوسميا الميه لوئيدية فان نسبة وحيدة النواة تصل الى ٥٠ ./. مع ١٠ ./. ازونوفيل وان قسما عظيما من هذه الوحيدة النواة هو من شكل ذات البرتوبلاسما الحبيبي اي الميه لوسيت واذا تعمقنا في الفحص نرى ان تلك الكريوات الوحيدة النواة الحبيبية هي من نوع النتروفيل والازونوفيل في حين ان هذين النوعين لا يبرزان في الحال الطبيعي الا في نوع كثير النواة ·

الكريوات الحمراء : في هذا النوع من اللوسميا تتناقص الكريوات الحمراء حتى يصل عددها الى ثلاثة ملايين او ميليونين ونادرا الى اقل ونسبة الهموغلوبين ايضا تكون تحت المقدار الطبيعي فتكون احيانا ./. ٤٠ ومن هذا العرض يحصل شحوب في الجلد والاغشية المخاطية والقرنية وتحدث اعراض فقر الدم ، لذلك هنا ايضا يوجد بعض الكريوات الحمراء باشكال غير طبيعية كما يقع ذلك في سائر انواع فقر الدم · وسنذكر تلك الاشكال عند البحث عن وجود العناصر الغير طبيعية في مجرى الدم ·

العناصر الغير طبيعة الموجودة في الدم :

يدخل مجرى الدم عدد كبير من نوع الميه لوسيت الذي هو من نوع الكريوات البيضاء اعنى وحيد النواة ذا الحبيبات الذي يخزن في الحال الطبيعي في مخ العظام · وهو الشكل الابتدائي والغير الناضج Jeune لكثيرة النواة الموجودة في الحالة الطبيعية في الدم لهذا نرى في اللوسميا الميه لوئيدية بعض النتروفيل والازونوفيل الذي هو من نوع وحيد النواة ويوجد ايضا مقدار قليل من عين الشكل من نوع البازوفيل لهذا تترفع نسبة وحيد النواة من ./. ٥٠ مع ./. ١٠ ازونوفيل ويوجد علاوة على ذلك قسم من الانواع التي هي في حال الانقسام Coryocinèse ويوجد كذلك انواع عارضية من الكريوات الحمراء كالكريوات الحمراء ذات النوى ومن نوع الزعانف Nain والجبار Gean من

Polichromatophie ومن الميقرو والماقروبلاست وعلى هذا المنوال لم يبق شك وشبهة في تشخيص اللوسه ميا الميه لوئيدية بواسطة التحليل المجهري ·

المداواة : بما ان الاسباب الحقيقية لهذا المرض مجهولة فلا يمكن وصف دواء خاص له ويستعمل في معالجة هذا الداء ادوية متعددة ولكن لكل من تلك الادوية فائدة موقتة وعارضية فقط ·

١— الكنين : يستفاد من خواص الكنين بخاصتين الاولى انه دافع للحمى الثانية ان الكنين من الادوية المقبضة للاوعية ويستفاد من هذه الخاصة في بعض النزوف التي هي احد اختلاطات هذا المرض ·

٢— انشاق مولد الحموضة · يستعمل هذا الدواء في حالة عسر التنفس كما تقدم ذلك في البحث عن الاعراض ·

٣— هناك من يستعمل زرق مص الخيل كما في سائر الامراض المنتنة ·

٤— التداوي بالماء — الدلك والاستحمام بالماء البارد يؤثر عَلَى حجم الطحال وعدد الكريوات ·

٥— الاستراحة وتبديل الهواء لا بد انها تؤثر تأثيرا حسنا عَلَى الاحوال العمومية ·

٦— الزرنيخ : لقد حصلت لهذا الدواء شهرة واسعة فان بعض الاطباء قد ادعوا ان الزرنيخ وحده كاف لحصول الشفاء التام ولكن هذا المدعى يستوجب التحوط في تلقيه ومع ذلك فقد دخل هذا الدواء في مداواة اللوسميا بواسطة Billorth منذ عام ١٨٧١ الميلادي والكل متفقون عَلَى استعمال هذا الدواء وهو يستعمل بشكل مايع فاوله ر (كل قطرة منه تحتوي عَلَى ٤/١٠ ميلغرام من acide arsenieux) عن الطريق المضمي فيبدأ بجرعة ضعيفة وهي خمسة قطرات يوميا ثم يضاف على هذا القدر قطرتان يوميا حتى يصل المقدار الى خمسين قطرة ونيف · ادعى Drew في تقريره المعطي الى الجمعية السريرية في لوندرا في ٧ مايس سنة ١٨٩٢ انه قد اعطي مريضه مائة قطرة من هذا العلاج فبينما كانت نسبة الكريوات في الابتداء ١/١٤ اذ صارت بعد شهرين ١/١٥٩ ولاجل دفع الاسهال الذي يمكن حصوله عند استعمال هذا الدواء يجب ان يضاف على الجرعة شيء من صبغة الافيون او مشتقاته · يعطى هذا المحلول بصورة حقن داخل انسجة الاعضاء ويعطى كذلك زرنيخات الصودا بصورة حقن في الشرج ·

٧— البنزول وهو المعلوم عند العوام بالبنزين وقد استعمل Korany هذا الدواء وتبعه تلاميذه موخرا وذلك استنادا عَلَى التجارب التي اجراها Selleny على الارانب والتي اثبتت ان هذا الدواء يقلل عدد الكريوات البيضاء دون ان يؤثر عَلَى الكريوات الحمراء ويعطى مع الماء او العصير بنسبة ثلاثين قطرة ثلاث مرات يوميا وتزاد هذه النسبة تدريجا حتى يصل مقداره العمومي الى مائة وخمسين قطرة يوميا او يعطى داخل برشامات كل واحدة منها تحتوي عَلَى خمسين سنتيغرام منه ومن زيت الزيتون ويعطى يوميا من هذه البرشامات من اربعة الى عشرة ولكن لا يعزب عن الفكر ان لهذا الدواء سوء تاثير عَلَى الكلية والكبد لهذا يجب استعماله مع كل دقة واحتياط ·

٨— مخ العظام : يذكر Bigger انه كان له مريض مبتلي باللوسميا الميه لوئيدية ولما اتاه كان مبتلي بالحمى والاسهال

وضخامة الطحال الذى كان يشغل ناحية البطن اليسرى كاملا وقد اعطى هذا المريض في كل يوم ثلاث اواربع مرات مخ العظام عَلَى قطعة خبز وقد حصل عَلَى نتيجة حسنة منذ اليوم الثامن حيث عاد الطحال الى حالته الطبيعية ·

قد ادخلت اشعة رونتجن حديثا ومنذ سنة ١٩٠٣ ميلادية في صنف الوسائط العلاجية وقد حصل من المعالجة بها نتائج حسنة ولكنها مع الاسف موقتة وسريعة الزوال كسائر انواع المداواة وقد حصلت من هذا النوع من المداواة ثلاث نتائج اولاها صغر حجم الطحال وثانيها تناقص عدد الكريوات مع رجوعها الى النسبة الطبيعية وثالثها تحسن كلي في احوال المريض العمومية كزيادة الوزن وعودة الحيض عند النساء وتوقف النزف عند الذكور · وبما ان هذه المداواة في اللوسميا اللنفاوية لم تؤثر الا عَلَى الكمية فقط فانها في هذا النوع من اللوسميا تؤثر عَلَى الكمية والكيفية معا ·

١٠ — الراديوم: اذا وضع مقدار ٠،٣٠ سنتيغرام من كبريتات الراديوم على الطحال مدة ٢٤ ساعة تنتج قلة حجم الطحال مع تناقص عدد الكريوات ·

١١ — النوريوم X وهو احد مشتقات النوريوم ومن الاجسام Radioactif وهذا الجسم حين دخوله مجرى الدم ينتخب له مأوى في الطحال ومخ العظام وهو جسم منحل في الماء وعديم الطعم لهذا فهو سهل التعاطي وقابل الحقن تحت الجلد ولكن محلوله متحول وغير ثابت ولا يمكن حفظه لمدة طويلة كانت او قصيرة ·

١٢ — المعادن الكولوئيدية Colloïde لقد شوهد عند حقن المخمر المعدني Ferment Metalique ان قد يحصل تناقص في عدد الكريوات البيضاء لهذا يمكن استعمال تلك الاجسام في معالجة هذا المرض ·

ولكن مع كل تعدد انواع المداواة لم يوجد مادة اوطريقة مداواة لها التأثير القطعي ولكل من تلك المواد تأثير ظاهري وموقت ولم يفلت المصاب بهذا الداء من كف الموت الهائل ·

المقتبسات

تحريات جديدة في السرطان

عن مجلة اللانست

تعريب الدكتور صائب شوكت

ان النشرتين اللتين ننقلهما هنا يشكلان حادثا مهما في تاريخ الطب اذ يحتويان عَلَى وصف المساعي الطويلة والمهمة التي صرفت لاجل اكتشاف العامل المرضى الاورام الخبيثة والمأمول ان يكونا مقدمة لحل مسألة السرطان الاساسية ·

اسباب الاورام الخبيثة

عن المختبر السيار للجنة التحريات الطبية في ميل هيل

تمهيد الدكتور غي — آديني

في عام ١٩١١ وصف (بيتن روس) نوعا من السار كوما التي تصيب الطيور وكان لهذه خاصة تميزها عن السار كوما التي تصيب الحيوانات ذات الثدايا وهي امكان نقلها من دجاجة الى اخرى بتلقيح الخلايا التي اهلكت بالتجفيف او بوضعها في الجليسرول بنسبة $\frac{٥٠}{١٠٠}$ او بترشيحها من مرشح بركفلد · ولم يتمكن احد قبل هذا من نقل اورام الحيوانات ذوات الثدايا الا بتلقيح الخلايا الحية للورم المذكور و يستثني من ذلك نوع من اللنفوسار كوما للكلاب فقط · ان اورام الدجاج تلك والتي فحصها (روس) وذكرها في بحثه تحت عنوان العدد (١) هي نوع من السار كوما ذات الخلايا المغزلية التي تنتقل الى الجسم بسرعة وتميت حاملها بمدة ٢٨ يوما ويزداد خبث الورم وقوة مفعوله بنقله من حيوان الى آخر ولم يمكن حتى الان نقله الى الحيوانات ذات الثدايا او الى الطيور الاخرى ماعدا نوع الدجاج لا بالتلقيح بالخلايا الحية ولا بالتلقيح بالمادة المرشحة · كان يظن ان تلك الخاصة منحصرة بهذا النوع ولقد تمكن بعضهم من نقل هذا الورم فقط الى نوع من الطيور التى لها قرابة دموية وهذا الورم الان يحصل في انواع الدجاج بسهولة ·

وصف (روس) في سنة ١٩١٢ نوعا آخر من اورام الدجاج سماه الورم عدد(٧) وكان هذا الورم من نوع سار كوما العظم الغضر وفيه وكان الورم الاصلي سليما ولكن اكتسب الخبث بمروره من حيوان الى آخر ويفترق عن الورم عدد(١) بمنظره النسجي وبخواصه العمومية كطرز نموه وجهة انتقاله ··· الخ · ويمكن نقله بتلقيح الخلايا المائتة اوالمادة المرشحة ·

وفي سنة ١٩١٤ وصف (روس) نوعا آخر سماه الورم عدد (١٨) وهو سار كوما ذات خلايا مغزلية تحتوي عَلَى كهوف دموية تتكون فيها السار كوما ويمكن نقلها بتلقيح الخلايا الحية اوالمادة المرشحة ولم يمكن نقله بتلقيح خلاياه الجافة ·

اذا كان لدينا ثلاثة انواع من اورام الدجاج وكلها من نوع الساركوما التي يمكن نقلها بالتلقيح من بين الوف من انواع الورم المختلفة للحيوانات التي اجريت تجارب النقل عليها من دون نجاح وهناك نقطة مهمة وهي لزوم اختبار قابلية ترشح خلايا الاورام قبل التجربة عليها اذ من الممكن ان يمر قسم من خلايا الورم من المرشح ويمكن اجمال نتائج البحث عن التلقيح بالمواد الاتية : (١) لم تنجح التجارب التي اجريت لنقل اورام الحيوانات الثديية بواسطة تطعيم المادة المرشحة الخالية عن الخلايا (٢) اختبرت انواع كثيرة من هذه فكانت بدون نتيجة (٣) اذا حصل بضعة اورام من تلقيح المادة المرشحة لاورام الحيوانات الثديية فذلك هو من قبيل النادرات. يظهر من هذا ان الساركوما الدجاجية القابلة النقل بعد الترشيح تختلف عن الاورام الخبيثة الاخرى ، وذلك الوصف يوجب الشبهة لاعتبارها من جملة الاورام الخبيثة الاخرى. لاحاجة للمناقشة في هذه المسئلة هنا لانها سوف توضح فيما بعد.

ولكن يجب ان نعلم ان (روس) دققها بصورة جيدة وثبت له انها لدى تطبيق التفاعلات المختلفة يظهر دائما انها ليست كالاورام الخبيثة الاخرى ومما لا شك فيه انه لم يدقق ورم آخر من تلك الوجهة احسن من هذه الاورام وفي نظري ان النشرات التي عرضها روس بين سنة ١٩١١ — ١٩١٦ حلت تلك المسئلة تماما ولكن بقيت نقطة واحدة لم يتمكن روس من حلها بعد اكمال تدقيقاته وهي تعين العامل المرضي القابل للارتشاح. بين (روس) ورفقاؤه ادلة قوية عَلَى انه جرثومة حية صغيرة للغاية تهلك بعرضها على حرارة بدرجة ٥٥ سانتيغراد لمدة ١٥ دقيقة اووضع الكلوروفورم او الفنول بنسبة $\frac{0,5}{100}$ عليها او بواسطة مواد اخرى مضاده للتعفن ويمكن محافظة الدم في الغليسرين من دون ان تزول قابليته التلقيحية مدة طويلة ورغم تلك الدلائل كان روس يستعمل دائما كلمة عامل Agent عوض كلمة فيروس Virus لانه لم يتمكن من زرع تلك الجرثومة والمحافظة عَلَى حياتها خارج البدن.

ان السعي الذي سوف يوصف هنا بدأ بتدقيق ساركوما الدجاج عدد (١) وقبل ان اخوض في تفصيلات هذا السعي احب ان اقول بضع كلمات عن النظريات التي تدعي بتكون الامراض الخبيثة من الطفيليات. ان النظرية الطفيلية للسرطان تلخص فيما يلي :

ان الاورام الخبيثة تكون مرضا خاصا يحصل من سبب معين وله طفيل خاص فالبعض يقول انه فيروس وان (دوايهن) يقول Micrococcus—Neoformans وآخرون يقولون انه طفيل حيواني ومنهم من يدعي انه عضوية خاصة يمكنها ان تعيش بمادة اساسية غير متعضوة ومنهم من يقول انه فيروس او نوع من الكوكس او الباسيللوس او نوع من الفطور. اما الذين يخالفون النظرية الجرثومية (وهم الذين اوقفوا انفسهم بالاشتغال بتجربات السرطان) فهم ينبذون هذه النظرية بسهولة ما دامت عَلَى الشكل الذي صور من قبل اولا لانه لا يوجد اتفاق بين محبذي الفكرة الفيروسية عَلَى نوع الفيروس الذي يكون السرطان ثانيا لم يتمكن واحد الى الان من الحصول عَلَى الورم بتلقيح زرع احدى الجراثيم التي ادعوا انهم يكونونها واخيرا اذا جمعنا كل المعلومات التي نعرفها بشأن الاورام

الخبيثة نرى انها تخالف فكرة تكون الاورام الخبيثة عن سبب خارجي ولكن جميع هذه الادلة منفية وكلها ضد احتمال تكون الاورام الخبيثة من تخرش النسيج بالجراثيم.

ان كشف روس في خصوص حصول بعض اورام الدجاج من تلقح السائل المرشح اصبح يقلق اصحاب الفكرتين الآنفتي الذكر فالذين يخالفون الفكرة الجرثومية ادعوا بأن الاورام التي اكتشف (روس) واسطة نقلها تشكل استثناء بحث الاورام والبعض القليل منهم يدعي ان اورام (روس) هي تحولات التهابية فقط وينكرون انها من نوع الاورام واما المحبذين للفكرة الجرثومية فيميلون الى انكار هذا الاكتشاف لانه يشتت نظرياتهم كلها.

ان من جملة المسائل المهمة في بحث الاورام الخبيثة هي مسألة خصوصية الاورام. فورم الفار اذا لقحت خلاياه الحية لجرد يحصل له ورم وكذلك العكس. فخصوصية الاورم نظرا الى انواع الحيوانات هي قطعية للغاية ويمكن الادعاء بان تلك الخصوصية عائدة الى خلايا المؤوف بالمرض وليس الى خلايا الورم الخبيث نفسه ومن الممكن ان يكون هذا الادعاء صحيحا غير ان السائل المرشح الذي ليس فيه خلايا ساركوما الدجاج هو خصوصي ايضا ولم يحصل عَلَى الساركوما في حيوان آخر غير الدجاج ويظهر من ذلك ان المادة المرشحة من كل ورم تولد ورما مشابها للورم الاصلي فقط وبعبارة اخرى ان تلك الخصوصية لا تعود الى العامل فقط بل الى النسيج ايضا فاذا وافقنا عَلَى النتيجة المستحصلة من البحث المتقدم وقبلنا الفكر القائل ان الاورام تحصل من الجراثيم حينئذ يجب ان يكون انواع عديدة من الجراثيم كل منها يتولى توليد ورم خاص لحيوان مخصوص بذاته. فتلك الملاحظة المنطقية الآنفة الذكر تجعلنا في وضعية مشوشة للغاية فالنظرة العمومية المدققة تجعلنا ندرك ان النقطة الاساسية لم تزل مجهولة وكشف تلك النقطة سوف يفسح لنا الميدان الواسع الذي يوصلنا الى معرفة ماهية الاورام الحقيقية.

ان الخصوصية المطلقة التي من الممكن حدوثها من رد فعل الخلايا في الانسجة المختلفة كانت تشكل الحائل الوحيد امام علماء التشريح المرضي الذين يفتشون عن سبب وحيد يمكنه ان يكون الانواع المختلفة للاورام. فعدم اكتشاف العامل الاساس للاورام ذهب بابولفين الى الظن بان الاورام التي تحدث بعد نقل حجراتها الحية من حيوان الى آخر عبارة عن عمل فسيولوجي يحصل من التخرش المستمر وبتعبير آخر كان ينظر الى المرض بكونه يحصل من تحول خاص في فيسيولوجيا الخلايا واما المؤثرات الخارجية فكانوا يعدونها من جملة الاسباب العديدة التي تعين عَلَى حصول هذا التحول الفيسيولوجي وكانوا قانعين بان الاورام تتكون من تحولات داخلية فقط وبالاخص التحولات التي تسبب انقسام وتكاثر الخلايا النسجية ومن الممكن ان يتحقق هذا الرأي الاخير ولكن لقلة معلوماتنا بخصوص هذا القسم من الفيسيولوجيا العائدة للخلايا فالمناقشة فيه تكون سابقة لاوانها. انني سوف استغني عن البحث في النظريات العديدة التي اكثرها من قبيل الحكايات الانيقة ذكرت من قبل اصحابها لايضاح عامل الاورام وساكتفي بجلب انظار القراء الى هذه المسألة حينما اذكر النظرية الجرثومية.

معلومات عملية

الترشح :— كانوا يعلقون اهمية كبرى عَلَى مسألة الجرثومة القابلة الترشح وكانوا يجمعون عدة جراثيم من هذا النوع في صنف واحد ويقولون انها جراثيم دقيقة للغاية · تلك الفكرة مردودة من وجهتين الاولى ان انواع الاسبروكتا تمر من المرشح ولكن لم يكن عدها من الجراثيم الصغيرة الغير المرئية او بتعبير اصح التي لا يمكن رؤيتهــا بواسطة احسن مجهر مستعمل بين العموم · ثانيا لاسباب عديدة ان الكثير من هذه الجراثيم غير قابلة الترشح في الاحوال العادية كجرثومة الجدري التي توجد في مصل العجل ولا يمكن رؤيتها وبالرغم عن ذلك هي غير قابلة للترشح وكذلك جرثومة الآنسه فاليت العقابيلي Herpetique الذي يتكون في مخ الارانب فانه غير قابل الترشح · ان قابلية الترشح تحصل بنتيجة بعض العوامل اهمها حالة السـائل الذي توجد فيــه وهذا ما اوضحه (روس) في الساركوما العدد (١) حينما يكون الورم مخففا بالماء بصورة غير كافية او اذا كان المائع المخفف هو الماء المقطر فيحصل ترشح الجرثومة بصعوبة والماء المرشح يكون غير معد في حين ان المائع المرشح الاعتيادي من ذلك الورم هو معد ويكون الساركوما بعد تلقيحه · احسن طريقة لاستحضار مائع مرشح معدني هي الطريقة الآتية : تؤخذ قطعة من الورم الطري وتقطع بمقراض قطعات صغيرة ثم يوضع عليها رمل معقم وتسحق بشدة بطرقة وذلك لتمزيق الخلايا ويضاف عليها مقدار كاف من الماء الفسيولوجيــائي (ماء الملح) او محلول رينغر بمقدار غرام لكل ١٠٠ سانتيمتر مكعب وبعد تحريك ذلك المستحلب الطيني يرشح من طبقات ورق الترشيح والرمل · فالمائع المرشح الذي يجهز بهذه الطريقة هو مائع اصفر رائق يمر من مرشح شامبر لان نوع (ل ٢) بسهولة واذا حقنت دجاجة بمقدار سانتمتر مكعب من هــذا المحلول يحصل لها ورم يبلغ حجما يمكن تقديره بالجس بعد ١٤ يوما ويهلك الدجاجــة في مدة ٢٨ يوما وقد بين روس ان وضع مادة Kieselguhr يسهل حصول الورم · وكان يضاف قليل من السيليكات عَلَى المــادة الملقحة في جميع التجــاريب المنوه عنهــا ٢ — الوسط « Media » : لقد اختبرت انواع عديدة من الاوساط تأمينا لنجاح هذا السعي وسنذكر تركيب الوسط الذي تبين انه الاحسن وهو يتركب من ماء اللحم عَلَى طريقة هارتلي يضاف عليه ٠٫٦٢ في المائة من كلورور الصوديوم ويوضع هذا في انابيب بمقدار خمس سانتيمترات مكعبة ويعقم بعرضه على البخار وليس بواسطــة الاوتوقلاو ويوضع عَلَى كل من هذه الانابيب التى تحتوي عَلَى خمسة سانتيمترات مكعبة من الوسط مقدار سانتيمتر مكعب من مصل الارانب الطري · ثم توضع الانابيب في حجرة الحضانة بحرارة (٣٧ ْ) سانتيغراد لمدة يومين لاختبار عقامته ويمكن اضافة سكر بنسبة ٠٫٥ — ١ في المائة اذا مست الحاجة لذلك ·

استئصال الورم الطاهرة : ان العمليات الباكتريولوجية التى تجري على الانساج الحيوانية الطرية هي غير صحيحة لانها لا تخلو من امكان اختلاط مكروبات اخرى معها

لا سيما اذا تركت الانسجة تستمر بالحضانة زمنا طويلا ففي ساركوما الدجاج تكون الميكروبات العنقودية البيضاء هي التي تتولى تلويث المستحضر واما اورام الجرذان فانها قد تتلوث بمكروبات باسيللوسية سالبة التفاعل مع صبغ غرام وفي بعض الاحوال يقوم مقام ذلك الميكروبات العقدية التي يصغر حجمها اذا عاشت في مستنبت لاهوائي وتكتسب حجما كبيرا حين عرضها على وسط صلب هوائي وحينما فشلت التجربة المقصود بها احداث عدوى الاورام بعد التلقيح تحصل حينئذ خراجات بفعل الميكروبات الموجودة في نسج الاورام عند تحقيق عقامة نسيج الورم ان لا تكتفي لذلك بالزرع البسيط ويجب ايضا ان لا تبني شيئا على ما يظهر من تعكر الوسط المزروع لان ذلك لا يكفي للتحقق من عقامة النسج بل يجب اجراء زرع هوائي ولا هوائي دقيق في ماء اللحم والاغارليتسنى اصدار حكم صحيح في ذلك وتعمل الطريقة الآتية للوثوق بطهارة نسيج الورم واجتناب اختلاطه بجراثيم اخرى : يقتل الحيوان المصاب بالورم بواسطة الكلوروفورم او الغاز الفحمي فيوضع الحيوان المائت في محلول من الليزول $\frac{٢}{١٠٠}$ لمدة خمس دقائق تجري هذه العملية في غرفة مطهرة ثم يزال الشعر عن مكان الورم وتجري عملية قطع الجلد والسلخ بواسطة المكواة ثم تقطع قطعة من الورم بمشرط ناشف معقم وتوضع في الوسط فاذا لم تتخــذ هــذه الاحتياطــات تماما لا يمكن التحفظ في حصول العدوى من جراثيم اخرى ·

التدقيق العملي لسعي (روس) في حصول ساركوما الدجاج عدد (١)

لقد بينا مرارا ان زرق السائل المرشح من مرشح شامبرلان (ل ٢) يسبب حصول الورم في الدجاج في خلال ١٤ يوما ويؤول الى هلاكها في ٢٨ يوما فاذا اختبرنا درجة عدوى السائل المذكور تزرق مقادير مختلفة · تبين لدينا انه كلما كثرنا مقدار الزرقة تزداد سرعة بظهور الورم ويتسع حجمه وهذا يظهر من التجربة الاتية : وهي في ٢٠ تموز سنة ١٩٢٣ زرق المائع المرشح بمرشح (ل٢) الى دجاج داخل العضلة الصدرية بالمقدار المذكور في الجدول رقم (١) وقد غيرنا اصول التجربة مرات عديدة وكنا قد حصلنا دائما عَلَى نتيجة واحدة ولا يمكن تثبيت تلك النتيجة بصورة باتة بدون تعداد الجراثيم العضوية الموجودة في كل سانتيمتر مكعب من المائع المعدي الذي استعملناه في التجربة · فالنظر السطحي الى تلك الحالة يسوقنا الى الظن بان العامل ليس تأثير الميكروب بل هو كيمياوي والدليل عَلَى ذلك اختلاف حجم الورم بنسبة المقــدار المزروق وذلك مايصعب حصوله في حالات زرق الجراثيم الحية ·

عدوى الزرع الاول

يستحضر الزرع الاول بوضع قطعة من الورم في المستنبت ويمكن المحافظة عَلَى عدوى المائع الزرعي المذكور لزمن يختلف بحسب جنس الوسط المستعمل واصول الحضانة والافضل استعمال الاصول اللاهوائي للمحافظة عَلَى العدوى فكلما جردنا الاوكسجين عن وسط الزرع امكننا ان نحافظ العدوى لمدة طويلة وكذلك اضافة مصل الارنب الطرى يساعد على محافظة العدوى · يمكن تلخيص النتائج

كما يلي (١) اذا وضعت قطعة من الورم بحجم ٥./ غرام في انبوب زرعي يحتوي على خمس سام من المرق وترك هذا الانبوب الزرعي للحضانة في حرارة (٣٧°) سانتيغراد فان السائل الزرعي يحافظ لمدة يومين قوة العدوى التي تحدث بزرق ١٠ر٠ م منه فاذا وضع الانبوب عَلَى شروط الحضانة اللاهوائية تبقى قوة العدوى مصونة لمدة اربعة ايام ·

٢ — حينما يحتوي الوسط الزرعي عَلَى المقهم الارانب (بنسبة ١٠ر٠ م من مصل الارنب لكل ٥ س٠م من المرق المحتوى عَلَى كلورور الصوديوم) فان الزرع حينئذ يحافظ عَلَى العدوى لمدة ٣ ايام اذا طبقت اصول الحضانة اللاهوائية واذا استعمل اناء (ارله نمايو) بدل الانبوب الاعتيادي لتزيد الشروط اللاهوائية تنعدم العدوى بسرعة واذا وضعت قطعة ورم في المرق الذي يحتوي عَلَى مصل الارانب وروعي فيه اصول الحضانة اللاهوائية يمكن اذ ذاك المحافظة عَلَى العدوى لمدة ٧ ايام ·

٣ — اذا اضيف الجليكوز او المالتوز او اللالوز الى وسط الزرع يتكون تفاعل حامضي ويمكن توقع درجته الى ٤ — ٤٫٥ ولا يحدث التخمر اذا اضيف الى الوسط الزرعي شيئا من المانيت او السا كاروز او الجالا كتوز او اللاكتوز او الدولسيت او السالبسيل · فبوضع احد انواع السكر المستعدة للتخمر يمكن تزيد مدة العدوى الا ان الحامض الذي يحصل من ذلك لا يبلغ مقدارا عظيما · ان نتائج التجارب التي استحصلت من زرق وسط الزرع الاولى مرسومة في الملحق الاتي: ولكن يجب ان نعلم ان الحجم الورم الموضوع في وسط الزرع تأثيرا مهما · فاذا وضعت قطعة كبيرة من الورم — مقدار غرامين — في وسط الزرع وتركت الى الحضانة اللاهوائية فحينئذ يمكننا ان نحصل عَلَى الورم بزرق مائع الوسط الزرعي بعد مرور سبعة ايام · ويظهر من التجارب العديدة ان العامل الورمي ينتشر من النسيج الى الوسط الزراعي وبعد ذلك يؤخذ بالتناقص تدريجيا عند وجود مصل الارانب وتوفر شرائط الحضانة اللاهوائية · و يزول بسرعة عند وجود الاوكسجين وعدم وجود مصل الارانب فكلما كانت قطعة الورم الموضوعة في الوسط الزرعي كبيرة زاد مقدار الجراثيم المنتشرة من العدم الى المائع وتطول مدة العدوي لذلك المائع ·

التجربة في ٦ تشرين الثاني ١٩٢٣ : دجاجة رقم ٤٤ لقحت في العضلة الصدرية اليمنى بمقدار ١٠ر٠ م من الزرع المستحضر بوضع قطعة من الورم ٠٫٥ غرام اي ٥ ر٠ م مرق المحتوى على الجليكوز ثم بوضع في شرائط الحضانة اللاهوائية لمدة ثلاثة ايام بحرارة (٣٩°) سانتيغراد وزرق من الثدي الايسر زرع لا هوائي في مائع اللحم محتو عَلَى الجليكوز ومصل الارانب المتروك للحضانة اللاهوائية لمدة ثلاثة ايام · فقد فتح الميت لم يوجد ورم في الثدي الايمن · واما في الثدي الايمن كان يوجد ورم واسع · وهذه التجربة تبين ان المصل يحافظ عَلَى العدوى ·

عن المجلة الطبية البريطانية :

الطبيعة السمية لدعامة الكريوات الحمراء واستعمال ذلك في معالجة بعض الامراض المعدية

ت · س · كلار

يبدأ تاريخ تدقيقات المؤلف منذ كان طبيبا في الهند ولقد لاحظ هنالك وجود مشابهة كلية بين اعراض ضربة الشمس Sun—stroke واعراض نوبة فجائية شديدة من الملاريا وفكر بامكان وجود عامل مشترك يؤثر في كلا المرضين لحصول هذه الاعراض المتشابهة ولقد دقق ذلك من حيث التحولات المرضية فوجد انه في كلتا الحالتين يحصل خراب كبير في الكريوات الحمراء فعطف هذه الاعراض المشتركة على المادة التي تخرج من انقسام وتجزؤ تلك الكريوات · ولقد اثبت سمية الكريوات الحمراء المتجزئة بالتجربة الاتية :

اخذ دما من الوريد البازل الذي في ذراعه ثم وضعه في اناء وسخنه عَلَى حرارة (٥٦°) سانتيغراد لمدة ساعتين لاجل تخريب الكريوات الحمراء ثم زرق مقدارا ٥ س٠م من هذا الدم في ذراعه الايمن وزرق في ذراعه الايسر دما طريا · وبعد ٢٤ ساعة حصل في ذراعه الايمن انتفاخ وزرقة شديدة وتوسع ذلك حتى صار موجعا ولكنهما زالا بعد ٤٨ ساعة واما اليد اليسرى فلم يطرأ عليها تحول ما · وبعد ان يأتي عَلَى ذكر التجارب العديدة الذي قام بها للبحث عن النتائج المفيدة التي يمكن الحصول عليها من ذلك · يقول : ان كثيرا من الامراض تولد خراب الكريوات الحمراء ويكون دائما هذا النوع من الامراض اشد وخامة من الامراض الاخرى ويعطف ذلك عَلَى ان الجسم في هذه الحالة يكون امام مؤثرين مضرين الاول سم الجرثومة والثاني السم الذي يولده خراب الكريوات الحمراء ويقول ان الجسم يسهل عليه مكافحة الجراثيم وسمومها ولكن يصعب عليه احيانا مقاومة تأثير السموم التي تتولد بنتيجة خراب الكريوات الحمراء ولذلك جرب استعمال اصول خاص لتنبيه الفعالية العضوية وايجاد مناعة تجاه سموم الكريوات الحمراء المذكورة آنفا · وذلك باخذ شيء من دم المريض وبعد تخريب كريواته الحمراء (بتسخينه في حرارة ٥٦ سانتيغراد لمدة ساعتين) كما مر آنفا يعاد فيزرق في ذراعه وبدأ باستعمال ذلك في انواع التدرن · ويذكر مشاهدات مرضى مصابين بتدرن المثانة والكلية والخصية شفوا باستعمال هذه الزرقات · ويقول انه يحصل خراب الكريوات الحمراء في العضوية بنتيجة التدرن وذلك من تأثير التوكسين الداخلي لباسيلوس كوخ فالبدن وان امكنه ان يقاوم السموم المتولدة من باسيلوس كوخ الا انه يصعب عليه مقاومة السم الذي يخرج من الكريوات الحمراء بعد خرابها فزرق الكريوات الحمراء المتجزئة يؤثر كطعم خاص يسبب حصول مواد مضادة لسمومها ·

وبعد ذلك يعود لايضاح التأثير المفيد الذي يحصل من وقائع التدرن في التداوي بالشمس ويقول يحصل ذلك لان الشمس بتأثيرها عَلَى الجسم تسبب خراب قسم من الكريوات الحمراء بداخله وهذا يؤثر بالطريقة المذكورة آنفا فيسبب حصول مواد تكون المناعة تجاه السموم التي تحصل من خراب الكريوات الحمراء بنتيجة الانتان والافن

المستبعد جدا ان تؤثر الشمس علَى باسيلوسات كوخ المختفية في اعماق الانسجة كما يدعي البعض . يجب تطبيق التداوي بالشمس تدريجيا لانه اذا كثر في بادئ الامر فيمكنه ان يسبب رد فعل شديد بنتيجة خراب مقدار كبير من الكريوات الحمراء وانتشار سمومها قبل حصول المناعة اللازمة فاذا عرض البدن الى الشمس تدريجيا تحصل مناعة ثابتة مفيدة .

ص . ش

عن الجريدة الطبية الامريكية :

تصوير الحويصل الصفراوى

باشعة رونتجن

استعمال الصوديوم تترايودورفنول فتاليئين

تبين من المقايسة السريرية التي اجريت بين مادة الصوديوم تترايودورفنول فتاليئين وبين مادة الصوديوم تترابرومورفنول فتاليئين انه من الممكن تصوير الحويصل الصفراوي بواسطة الملح الاول بصورة لاتقل وضوحا عما لو اجرى تصويرها بالملح الثاني وباستعمال كمية منه اقل من هذا . وسبب ذلك هو الفرق الموجود بينهما من حيث الوزن الذرى والنسبة المئوية . فالوزن في البروم يساوي ٨٠ وفي اليود ١٢٧ ويحتوي التترابرومور فنول فتاليئين علَى البروم بنسبة ٥٠ في المائة وزنا في حين ان الصوديوم تترايودور فنول فتاليئين يحتوي علَى اليود بنسبة ٦١ في المائة وزنا .

استعمل المؤلفون كلا الملحين في تصوير ٥٥ وقعة واستعملوا في هذا التصوير ٥ جرامات من ملح البروم و ٣ جرامات او ٣ جرامات ونصف جرام من ملح اليود لاشخاص يزنون ٦٠ كيلو جراما او اكثر وقد وجدوا ان لا فرق بين التصاوير المأخوذة بواسطة اي كان من الملحين المذكورين . وقد وجدوا ايضا ان رد الفعل الذي كان يعقب استعمال ملح اليود هو اقل جدا من الذي يحصل بعد استعمال ملح البروم . ورد الفعل هذا كان تارة يظهر بصداع خفيف ودوار او غثيان يستمر بضع دقائق او ٣—٤ ساعات وتارة غثيان وقيء والم في الظهر وتسرع خفيف في القلب وهبوط وقتي في الضغط الشرياني ولم يظهر اي كان من هذه العوارض عند استعمال ملح اليود .

ونلخص فيما يلي طريقة استعمال الملح وهي ان يزرق داخل الوريد محلول يحتوي علَى (١٢٫٥) في المائة من العلاج ويكرر الزرق مرتين قبل الفطور صباحا وعلَى ان تكون بينهما فترة تمتد نصف ساعة وطريقة استعمال كلا الملحين واحدة .

ولم يشاهد المؤلفون نتائج معينة من استعمال الملح عن طريق الفم ويعزون ذلك الى التحول الموجود في قابلية الامعاء التحملية وفي نسبة الامتصاص والى عدم امكان تعيين المقدار الممتص . وهذا ما يعرقل استعمال هذه الطريقة البسيطة .

ان تصوير الحويصل الصفراوي لتعيين الافات الموجودة فيه هي طريقة ثمينة جدا . يذكر (مور) ان النتائج القطعية التي حصلت بهذه الطريقة وثبتت بالعملية تبلغ نسبة ٩٢٫٥ في المائة من ٥٥ وقعة وتزداد اهمية هذه الطريقة في تشخيص التهاب الحويصل الصفراوي الحديث حيث يتعسر تشخيصه بالطرق السريرية او غيرها .

عن الجريدة الطبية :

اظهار الحويصل الصفراوى فى الرونتجن

باليفسكى

بما ان الصوديوم تترابرومور فنول فتاليئين يحدث تأثيرات سمية عند استعماله بحقنة داخل الوريد . فقد اوجب ذلك ان يكون غير قابل للاستعمال في السريريات لذلك حاول المؤلف المذكور ادخال الدواء الى البدن عن طريق الامعاء . وطبق الطريقة الاتية :

يدخل ٨ اونسات من مستحلب الاكاسيا المحتوي على ٣٠ — ٦٠ حبة (حسب وزن المريض) من الصوديوم تترا برومورفنول فتاليئين في القطعة الثانية او ترجيحا الثالثة من الاثني عشرى بواسطة انبوبة .

ويزرق تحت الجلد سنتغرام واحد من كبريتات المورفين وثلثا ميليغرام من كبريتات الاتروبين وذلك ثلاثين دقيقة قبل ان يحصل القيء وتتزايد الحركات الحولية . ثم يبدأ بفحص الناحية الحويصلية متعاقبا وذلك بعد الزرق مباشرة ثم بعد ساعتين وبعد اربع ساعات وبعد خمس عشرة ساعة وبعد عشرين ساعة وبعد ثلاثين ساعة اللاتي يلين زمن الزرق .

فبهذه الطريقة يظهر الحويصل الصفراوي بشكل ظل واضح ويبدأ ظهور الصبغ بعد ساعتين او اربع ساعات . ويكون الظل اشد كثافة فيما بين الخمس عشرة والعشرين ساعة بعد الزرق . ولم يشاهد من استعمال الملح بهذه الطريقة اية علامة تسممية .

ت . ر

الشؤون

تشريف جلالة الملك فيصل المعظم

تشرف العراق بعودة جلالة مليكه المحبوب من اوروبا متمتعا بالصحة والسلامة بعد ان قضى فيها زمنا للاستشفاء . وقد اجريت لجلالته الاحتفالات اللائقة بالملوكية من قبل الشعب العراقي الكريم الذي فرح بعودة جلالته كل الفرح ومجلتنا ترى من واجبها ان ترحب بقدومه الشريف وترجو لجلالته تمام العافية وطول العمر ابقاه الله ذخرا للبلاد وسندا .

اجتماع نهاية الاسبوع في المستشفى الملكي

عرض الدكتور عبد الرحمن المقيد في هذا الاجتماع حالة من حالات الغلوكوما غريبة في بابها وقد اجاد في البحث عن هذا المرض وايضاح الاوجه التي تشذ بها هذه الحالة عن حالات الغلوكوما المعتادة وسوف ننشر ما اورده في هذا الصدد في العدد المقبل .

تحويل بعض الاطباء في العاصمة

نقل الدكتور توفيق محمود طبيب مركز الصحة في الكرخ الى قسم الامراض العينية في المستشفى الملكي وعين محله الدكتور فتح الله الذي كان يشتغل في المستشفى المذكور .

المتطفلون على الطب

وجد المتطفلون على الطب في كل بلد من بلاد الارض سواء كان في الشرق او الغرب وفي العراق يوجد قسم عظيم من هؤلاء المتطفلين الذين عجزوا عن تحصيل الرزق الا من باب الشعوذة فاخذوا يطببون المرضى متوسلين بوسائل غريبة قد اصبح اكثرها خطرا عظيما على صحة من يتعهدون مداواتهم وهم لا يكتفون في ذلك بالتعويذات والرقعات التي يكتبونها لازالة العاهات والاسقام والعقاقير القديمة التي يصفونها للادواء بل انهم تجاوزوا الى وصف الادوية السمية التي لا يعرفون عنها شيئا ومما يؤسف له ان هؤلاء قد اكتسبوا ثقة بعض البسطاء منا فتراهم عند ما يصابون بمرض يهرعون الى المشعوذين بالرغم من كثرة الاطباء في ربوعنا ولا يقصدون الطبيب الا بعد ان يستفحل الداء و يعز شفاؤه ولا نعلم سببا لذلك سوى الجهل لاننا كثيرا ما رأينا بعض الناس يتكلمون في الاسواق والمقاهي عن مسائل غريبة تختص بهؤلاء المتطببين فمثلا يذكرون رجلا يشفي السل بدواء بسيط ورجلا يبريء الاستسقاء بدهان يستعمله مرة واحدة . ويذكرون ان فلانا عجزت الاطباء عن مداواة عيونه وقد كادت ان تعمى لو لا ان رجلا اميا يدعى فلان مسح على عينيه ذلك الدهان الذي اعاد اليه البصر في الحال وامثال هذه الخرافات كثيرة تتناقلها الالسن هنا وهناك مما يدل على سخافة عقول القوم وماهم عليه من الجهل الشائن فهل يوجد على وجه الارض عاقل يدعي ان المتطبب وهو الرجل الاعمى الذي لا يعلم عن الطب شيئا في وسعه ان يشفي اسقاما يعجز عنها الاطباء بما لديهم من الوسائل الناجعة والادوية المؤثرة والعلم الوافر . وهذا علم الطب

يسطع بانواره على الكون ويزداد نورا على ممر الايام فاين هؤلاء الاذناب من هذا النور . وربما يدعي البعض ان للمتطببين خبرة اكسبتهم اياها التجارب العديدة ونحن نعلم ان التجربة لا تصح الا اذا كانت مستندة على اصول علمية ثابتة واطلاع واسع على اسباب المرض وسيره وعواقبه وهذا لا يتسنى الا بتلقي العلوم في المدارس التي اسست لهذا الغرض . واما التجربة العمياء فلا فائدة منها بل انها تضر بالبشر ضررا لا يمكن تلافيه والشواهد على ذلك كثيرة يضيق بنا الوقت عن ايرادها .

وغرضنا مما اسلفنا هو ان نبين نفسية راسخة في بعض الناس عند كل شعب من شعوب العالم مهما كانت منزلتهم العمرانية وهو النزوع الى الخرافات فيما يختص بالطب وقبول الشعوذة والاعتقاد بكل ما هو جديد من هذا القبيل بالرغم عما هناك من اصول وفنون واكتشافات جعلت الطب يمشي في العصر الحاضر على قدم راسخة لا تخش عثرتها او سقوطها ولا يشوب تلك الحقائق ادنى اثر من الاوهام على اننا لا نقول ان هذه الحالة النفسية الغريبة خاصة بقطرنا الحديث العهد بالمعارف العصرية لاننا رأيناها تسيطر على عقول اكبر امة من الامم الراسخة في التمدن ولقد لفت نظرنا من ذلك ما قرأنا في المجلة الطبية البريطانية وقد القى رئيس الجمعية البريطانية في لندن خطابا فند فيه مزاعم بعض الخياليين من الامريكيين الذين توصلوا اخيرا لاحداث مذهبين جديدين في معالجة الامراض اطلقوا عليهما (الاوستيوباثيا) و (الشيرو براكتيس) فالشيروبراكتيس ، هو عقيدة يزعم اصحابها ان جميع الامراض انما تنشأ عن ضغط يجربه العمود الفقري على الاعصاب التي تظهر منه بسبب انحراف الفقرات عن بعضها انحرافا جزئيا او كليا وحسب اعتقاد ارباب هذا المذهب ان لكل مرض نقطة خاصة في العمود الفقري ويعللون نشوب الامراض المعدية باختلال يطرأ على توازن البدن بتأثير ذلك الضغط نفسه فتضطرب قابليته الدفاعية ومن ثم تدخل فيه الميكروبات ويتكون المرض . ويدعون ايضا انه من الممكن تداوي جميع الامراض بالضغط على المحل الموافق من العمود الفقري وذلك ليتم بذلك تقويم الفقرات التي انحرفت وارجاعها الى مكانها وعند ذلك يرتفع الضغط عن الاعصاب و يزول المرض . والذي اسس هذه العقيدة في امريكة هو (بالمر) في سنة ١٨٩٥ وهو الذي اسس في (ديفانبار) من اعمال الولايات المتحدة الامريكية مدرسة لتدريس هذا المذهب سميت بمدرسة (بالمر) واسم (الشيروبراكتيس) مشتق من كلمة (Chira) اليونانية ومعناها (اليد) (Practis) اي (العمل) اذا ان مقابل لفظة شيروبراكتيس في اللغة العربية ينبغي ان يكون (العمل اليدوي) او بعبارة اخرى (التداوي بالاعمال اليدوية) كالضغط على العمود الفقري وتمسيده والغرض من هذا العمل رفع الضغط عن الاعصاب التي تمتد من العمود الفقري تمهيدا لجريان التيار العصبي من المخ الى اعضاء الجسم واما الاوستيوباثيا ، فهو طريقة مبنية على كون الامراض جميعها تتكون من اختلالات دورانية او عصبية تؤول الى احداث الضغط على الاربطة والعظام والعضلات التي حول العمود الفقري ويتم فعل الضغط في الازواج العصبية الشوكية خاصة في الاعصاب محركة الاوعية والذي اسس

هذه الطريقة هو (اندريف تيلر) وذلك في عام ١٨٧٣ وقداسس الدكتور (ستيل) والدكتور (سميث) في سنة ١٨٩٠ اول مدرسة لتدريس هذه الطريقة وكلاهما من خريجي كلية ادنبورج الطبية ·

واما الواسطة الدوائية التي يستعملها هؤلاء فهي كذلك الضغط على العمود الفقري وتمسيده · ولقد ظهر في البلاد المتحدة الامريكية في العشرين سنة الاخيرة عدة مدارس وكليات لتدريس هذا العلم الموهوم ويذكر صاحب المقال ان مدرسة واحدة كانت تضم بين جدرانها ما يقارب ثلاثة الاف طالب ؟

اما الدرس فهو بسيط للغاية ولا يدرس علم التشريح والفيزيولوجيا او الامراض تلك العلوم التي تعرف انها تدرس في مدارس الطب ولا حاجة في زعمهم لتشخيص المرض لان الدواء واحد لجميع الامراض ومن جملة الابحاث المهمة التي تدرس هي كيفية نشر الاعلانات والنشرات لجلب المرضى ثم المانياتيزما التنويم المغنطيسي وكيفية التأثير على المرضى البسطاء وتلقينهم · واما الدخول في هذه المدارس فلا يحتاج الى معرفة واسعة بل يقبل فيها كل من يعرف القراءة والكتابة ولقد ذكر صاحب المقال كثيرا من الاضرار التي يسببها هؤلاء فمن ذلك ان احدهم ضغط على ظهر مريض كان مصابا بخراج الزائدة الدودية وسبب انفجارها الى البطن فمات المريض من التهاب البريطون الحاد ويقول انهم لا يسلمون بالعدوى ولذلك هم يكونون واسطة مهمة لنقل الامراض المعدية · ويقول انهم لكونهم من طبقة العوام سيسهل عليهم تلقين البسطاء فالعامي البسيط يصعب عليه فهم النظريات الفنية الطبية بما يخص مرضه في حين ان ذلك المشعوذ يصف له جميع الامراض ومعالجتها بصورة بسيطة للغاية واكثر المراجعين لهؤلاء هم المبتلون بامراض مزمنة يصعب شفاؤها ويقول كاتب المقال ان هذا المسلك هو في اتساع في البلاد البريطانية ولذلك فهو يحذر حكومته ويطلب منها المداخلة واتخاذ التدابير اللازمة لمنع المضرات التي تنتج عنه · هذا هو شأن المتطببين في جميع البلاد فيحذر منهم الناس ·

المأدبة السنوية للجمعية الطبية البغدادية

التأمت اللجنة التنفيذية للجمعية الطبية البغدادية في دائرة سعادة مدير الصحة العامة وتذاكرت في منهاج الخطب التي سوف تلقى في اجتماعات السنة المقبلة وفيما يختص باقامة المأدبة السنوية · وقررت ان تقام المأدبة مساء ١٠ كانون الاول سنة ١٩٢٥ الموافق ليوم الخميس مساء الساعة الثامنة زوالية في نزل كارلتون وقد كتبت بطاقات الدعوة لاعضاء الجمعية المحترمين الذين في داخل العاصمة وخارجها ·

واما منهاج الخطب فقد قرر ان يكون على الوجه الاتي :

اسم الخطيب	موضوع الخطابة	تاريخ القاء الخطابة	محل الاجتماع
الدكتور صائب شوكت	القدم المادوراوية	٢٣ كانون الاول ١٩٢٥	مكتبة الجمعية الطبية
« سلمان غزالة	حفظ الصحة والتربية الاخلاقية منذ المهد	٢٤ كانون الثاني ١٩٢٦	« «
« هاشم الوتري	اسباب الجبن في العراق	٣١ مارت ١٩٢٦	« «
« داود نسيم	الامراض في العراق قديما وحديثا	٢٨ نيسان ١٩٢٦	« «
« هيكس	نسبة وقائع الامراض في الوية العراق المختلفة	٢٦ مايس ١٩٢٦	« «
« حنا خياط	حفظ الصحة في المدارس	٣٠ حزيران ١٩٢٦	« «
« نظام الدين	انحلال الدم والهيموليزين	٢٩ ايلول ١٩٢٦	« «
« شكري محمد	الكهربائية في المعالجة الحديثة	٢٦ تشرين الاول ١٩٢٦	« «

يتضح من هذا المنهاج ان الجمعية الطبية قد تقدمت تقدما محسوسا اذ اننا نرى معظم الخطباء من الاطباء الوطنيين والمواضيع التي سوف يعالجونها في غاية من الاهمية فضلا عن كونها مبنية على تدقيقاتهم وتجاربهم الشخصية التي تدل على اهتمامهم بما يدور في العراق من الامراض ·

التقرير الشهري

لمصلحة الصحة العامة لشهر ايلول سنة ١٩٢٥

نشرت مصلحة الصحة العراقية تقريرها الشهري نورد فيما يلي اهم ما جاء فيه :

القسم ١ ·

التحق داود مكمل والياس مكمل بمصلحة الصحة وعينا بصفة صيدليين للمدخر الطبي في بغداد اعتبارا من ١—٩—٢٥

عاد الدكتور السيد فائق شاكر رئيس صحة لواء كربلاء من اجازة ١٤ يوما التي اخذها واستأنف اشغاله في ٣—٩—٢٥

استدعي الدكتور اي · اف ساندرسن من الاجازة التي اخذها في المملكة المتحدة ووصل بغداد بالطريق البري عصر ٥—٩—٢٥ وعين منذ ذلك التاريخ في الميناء للواء البصرة واستلم شؤون وظيفته في صباح ١٢—٦—٩٢٥

التحقت سليمه غالو بمصلحة الصحة وعينت قابلة للبلدية في كربلاء اعتبارا من ٧—٩—٩٢٥

انتهت خدمات المستر بلبس المفتش الصحي في بلدية بغداد من مصلحة الصحة العراقية بناء على تخفيض عدد الموظفين وذلك اعتبارا من ١٥ ايلول سنة ١٩٢٥

التحق الدكتور هاشم الوتري بمصلحة الصحة وعين

طبيباً بالدرجة الرابعة في المستشفى الملكي في بغداد اعتباراً من ٢٩—٩— ٢٥ وباشر في وظيفته في ذلك التاريخ ٠

القسم ٢

فحص المختبر المركزي في المستشفى الملكي في بغداد (١٠٧٠) نموذجا المختبر الكيمائي تحاليل وعولج في معهد داء الكلب ١٢ مصابا واجريت في معهد اشعة رونتجن المعالجة بالاشعة ا (٨٢) مريضا والعلاج الكهربائي ا (٥١) مريضا واجرى الاستكشاف الشعاعي (١٢٥) مريضا ٠

وكان مجموع الاصابات بالامراض السارية في العراق كما يلي :

الجدري ٤٢ —شبه الجدري ١ — الخناق ٤ — الحصبة ١٧ — التيفوئيد ٤٨ — داء الكلب ٥٨ —الجذام ٧— الحمى القرمزية ٧—البثرة الخبيثة ١ — الكزاز ٣—التدرن ٩٢—السعال الديكي ٣٣ ٠

القسم ٣

البلهارزيا

وجد الدكتور خليل في مصر ان محلول سلفات النحاس القوي يقتل الحلزونات وان محلول ١ الى ١٠٠،٠٠٠ لا يؤثر على نبت القطن والذرة والقمح لذلك يوصى باستعمال سلفات النحاس في البرك المتعفنة بقوة اونس واحد الى كل ٥٠٠ قدم مكعب من الماء وهذا يقارب ١ في ٥٠٠،٠٠٠

الملاريا

ذكرت اللجنة التي اوفدتها عصبة الامم لتحرى مرض الملاريا في تقريرها الاول الصادر عام ١٩٢٥ ما يلي : وكانت هذه اللجنة مؤلفة من اخصائيين وخبراء في مرض الملاريا من بلاد مختلفة ٠

ان اوفق الاصول والوسائل المتخذة ضد الملاريا التي يمكن تطبيقها في البلدان التي مخصصاتها لمكافحة هذا المرض محدودة جدا والتي لم تستكمل نظام خدمتها الطبية والصحية هي :

١— الامتناع من اتخاذ تدابير تكلف مبالغ باهظة لمكافحة بعوض الملاريا في جوارها ٠

٢— السعي في مكافحة المرض بواسطة المصابين به فعلا وفي نفس البيوت التي يسكنون فيها٠

يجب على السلطة الصحية ان تذهب الى بيوت المصابين القليلين المستوطنين في ذلك المحل ويتحركون فيه ببطئ وهم علة ذلك الداء هناك وان تعالجهم وتعلمهم استئصال بعوض الملاريا ٠ ذلك خير من اتخاذ التدابير الواسعة النطاق ضد فراخ تلك الهوام وكبارها في جوار تلك المحلات ٠

ملخص التقرير الشهري لادارة صحة العاصمة

لشهر تشرين الاول سنة ١٩٢٥

الولادات والوفيات :

ولد في بغداد في شهر تشرين الاول سنة ١٩٢٥ (٤٧٣) طفلا (٣٦٠) في الرصافة و (١١٣) في الكرخ وتوفى في خلال الشهر المذكور (٣٥٢) شخصا (٣٢٩) في جانب

الرصافة و (١٢٣) في جانب الكرخ فكان معدل الولادات (١٧٠٧) بالالف سنويا ومعدل لوفيات (٢٠٦١) بالالف سنويا وقد بلغ مجموع وفيات الاطفال الذين بين السنة والخمس سنوات من العمر ٢٤٣ طفلا (وهو يزيد على ثلثي جميع الوفيات)

الامراض السارية في العاصمة :

الحصبة ٢٠— الحمى التيفوئيدية ١٨ — السل ١٤— البلهارزيا ٣— الجدري ٢— الدوسنطاريا ٤ —الملاريا ٢ داء الحمرة ١ — التهاب السحايا ١ — الانتراكس ٤ الكزاز ١— الجرب ١—

اشغال مستوصف الامراض الزهروية :

اجرى الكشف الطبي على ١٥٢ مومسة مع راقصة وكان عدد تطعيم السالفرسان في غضون الشهر ٢٧ حقنة وقد ارسلت ٧ مريضات الى مستشفى الاعتزال لاجل المعالجة — وارسل ٤٦ صفحة للسيلان الى المختبر التحليلي لاجل الفحص الباكتريولوجي فوجد ٢٦ منها مثبتة ٠

وقد بلغت واردات المستوصف الزهري خلال شهر تشرين الاول ١٤٥٠ ربية ٠

اشغال الامومة ومداواة الاطفال :

ان عدد المرضى الذين عولجوا في مراكز الصحة من قبل مرشدات الصحة هو كما يلي : الدهانة ٣٦٦٢ الكرخ ١٧٧٥— الحيدرخانة ١٢٩٦ — باب الشيخ ١٨٧٧ المجموع ٨٤١٠ الذي يقابل مجموع ٨٦١٢ في الشهر المنصرم وقد ادين ٨٢٥ زيارة للاطفال في بيوتهم وكشفن على ٤٠ جثة من الاناث وحضرن ولادتين صعبتين ٠

اعمال الصيدله ومراكز الصحة :

١— اجرى التفتيش على مضخات الماء واجرى تعامل الكلورين فوجد جيدا ٠

٢— مدرستا مفتشي الصحة والقبالة مواظبة على اشغالها

٣— بلغت واردات مراكز الصحة الاربعة حسب الوجه الاتي — الدهانة ١١١٨ ربية صوب الكرخ ٨-٩٧ باب الشيخ ٨ - ٢٦ — الحيدرخانة — ١٢ - ٢٤ صيدلية الحيدرخانة ١٢- ٩ فيكون المجموع ٨ -١٤٧٦ ربية ٠ وقد صنعت خلال الشهر داخل العاصمة في ٢٨ صيدلية ١١٥٦٥ وصفة من قبل ٧٢ طبيبا ٠ والواردات التي دخلت الصيدليات هي ٩٣٢١ ربية فيكون معدل ثمن كل وصفة تقريبا ١٢ آنة و١٠ بايات٠

درجة الحرارة ومجموع الامطار :

درجة الحرارة العليا	٩٨،٢	في ٤ تشرين الاول
« « الدنيا	٧٤،٠	في ٢٢ «
« « الوسطى	٨٨٠٣	
درجة البرودة العليا	٧٤ ٢	في ٧ «
« « الدنيا	٤٩،٥	في ٢٩ «
« « الوسطى	٦١ ٣	

الرطوبة ٥٥ بالمائة مجموع الامطار ٠،٨٦

اعمال مراكز مداواة العيون وصيدليات العاصمة:

المركز	عدد مداواة امراض العيون	عدد المرضى الذين عولجوا في الصيدليات
الحيدرخانة	٤٦٩٣	—
الدهانة	٤٤٢٥	٣٧٦٥
باب الشيخ	٣٠١٩	—
الكرخ	٢٤٤٦	١٧٦٨
المجموع	١٤٥٨٣	٥٥٣٣

تقارير المستشفيات الخصوصية والاهلية في العاصمة :

اسم المستشفى	المرضى الباقون في اول الشهر	الداخلون في غضون الشهر	المتوفون	الباقون في آخر يوم من الشهر
مستشفى مير الياس	٥٣	٧٠	٣	٥٤
« ريمة خضوري	—	١٩	—	٩

« الدكتور طوباليان عولج في هذا المستشفى ٣٨٢ مريضا

مستوصف الرسالة الافرنجية عولج في هذا المستشفى ١٩٣ مريضا مجانا و١٦٨ مريضا بالاجرة

تجهيز المياه :

جهز لمدينة بغداد تقريبا ٥٩ كالون من الماء اي ٧،٦٧ كالونات لكل شخص يوميا و ٢٣٧ كالونا لكل شخص شهريا .
وقد حلل ماء النهر الغير مطهر بالكلورين في غضون الشهر وعثر على جسيمات عضوية في ١٠٠١ و ١٠٠،٠١ و١٠٠،٠١ وبمجموع الجسيمات التي عثر عليها كانت على الوجه المعدل في السنتيمتر المكعب (٧٠٠ ٣) الذي يقابل ١٤٨٠٠٠ في الشهر المنصرم .

وحلل كذلك ماء النهر المطهر بالكلورين في ٢٢ نموذجا منه في غضون الشهر وعثر على جسيمات عضوية في ١٠٠ س م في ٦ انموذجات فقط ولم يعثر على اي جرثومة ماسوى ذلك بتاتا ومجموع الجسيمات التي وجدت في سنتيمتر مكعب واحد زادت الـ ٧٩٪ وعدد الجسيمات في السنتيمتر المكعب الواحد على الوجه المعدل كان ٣٧،٠٦ الذي يقابل ٢٥،١ في الشهر المنصرم .

التقرير الشهري للواء بغداد :

القضاء والناحية	الولادات	الوفيات	التطعيم	الامراض
الكاظمية	٤٢	٤٥	٥٠ طفلا ضد الجدري	
الاعظمية	١١	٣٦	٨٥ « » »	وقد حدثت اصابتان من البلهارزيا
الكرادة	٣	٦	—	الجدري ٨ ـ تيفوئيد ١ ـ بلهارزيا ١
بلد	٥	٧	—	بلهارزيا ١ فقط
سامراء				التهاب الكفة ٣ ـ داء الحمرة ١ ـ



بيان حادثات الامراض السارية فى العراق فى شهر تشرين الثانى سنة ١٩٢٥ مأخوذ عن التقارير الاسبوعية الصادرة من مصلحة الصحة العامة

الامراض	اربيل		بغداد		بصرة		حلة		ديالى		ديوانية		رمادي	
	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات
الجدري	٠	٠	٢٢	٩	٢٥	١٤	١	٠	٨	١	٠	٠	٠	٠
شبه الجدري	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
الحصبة	٣١	٠	٣٣	١٤	٩	٩	٠	٠	٢	٠	٠	٠	٠	٠
الخناق	٠	٠	٣	٠	٢	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
داء النكفة	٠	٠	٣	٠	٠	٠	٠	٠	٢	٠	٢	٠	٢	٠
السعال الديكى	٧	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
التيفوئيديات	٠	٠	١٩	٣	١	٠	٠	٠	٢	١	٠	٠	٢	٠
الحمى انتفاسية	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
الكزاز	٠	٠	١	١	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١	١	٠	٠
السل الرئوي	٠	٠	١٣	٠	١١	١	٠	٠	٤	١	١	٠	٢	١
النزلة الصدرية	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	منتشر		٠	٠	٠	٠
الجذام	٠	٠	١	٠	١	١	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠

الامراض	سليمانية		عمارة		كربلا		كركوك		كوت		موصل		منتفك	
	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات
الجدري	٠	٠	١٣	٨	٠	٠	٣٧	١٩	٠	٠	٠	٠	٧	٤
شبه الجدري	٠	٠	١	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
الحصبة	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٣	٠	٠	٠	٣	٠
الخناق	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
داء النكفة	٠	٠	١	٠	٢	٠	منتشر	٠	٥	٠	١٦	٠	٣	٠
السعال الديكى	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١	٠	٠	٠	٠	٠
التيفوئيديات	٠	٠	٠	٠	١	٠	٨	٠	٠	٠	١٤	١	٠	٠
الحمى انتفاسية	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١	١	٠	٠
الكزاز	٠	٠	٠	٠	١	٠	٠	٠	١	٠	٦	٠	٠	٠
السل الرئوي	٠	٠	٤	٠	٥	٢	٠	٠	٢	١	٠	٣	٥	٢
النزلة الصدرية	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٢	٠	٠	٠
الجذام	٠	٠	٠	٠	١	٠	٠	٠	٠	٠		٠	٠	٠

EXECUTIVE COMMITTEE
1925—1926

President :	Dr. DUNLOP
Vice-President :	Dr. SAMI. SHEWKET
Secretary :	Dr. SAIB. SHEWKET
Treasurer :	Dr. IBRAHIM. ALUCY
Librarian :	Dr. TEWFIK. RUSHDY
Members :	Dr. HANNA. KEYAT
	Dr. HEGGS
	Dr. HASHEM. EL.WITRy

PROGRAM OF MEETING

PLACE	DATE	SUBJECT	LCTURER
Library of The Society	23 des. 1925	Madura foot	Dr. Saib Chewket a
"	24. 1. 26	Hpgién and Moral educa. ion since the cradle	Dr. Sooleyman ghzala
"	31. 3. 26	scites and the causes of the ascites in Iraq	Dr. Hashim-el.Witry
"	28. 4 26	The Diseae in Iraq in the news and olden times	Dr. Dawood Nissim
..	26. 5. 26	The proportion of Discase cases in the different Liwas of Iraq	Dr. Heggs
..	30. 6. 26	Hygien and Schools	Dr. Hana keyat
..	29. 9. 26	Hemolyse and Hemolysine	
"	26. 10. 26	The Electricity in the new treatment	Dr. Nzameddin

اعضاء اللجنة التنفيذية

لسنة ١٩٢٥ -- ١٩٢٦

الرئيس : الدكتور دنلوب

نائب لرئيس: الدكتور سامي شوكت

السكرتير : الدكتور صائب شوكت

امين الصندوق : الدكتور ابراهيم الالوسي

الكتبي : الدكتور توفيق رشدي

اعضاء اللجنة التنفيذية : الدكتور حنا خياط

الدكتور هكس

الدكتور هاشم الوتري

منهاج السنة السادسة

محل الاجتماع	التاريخ	الموضوع	الخطيب
مكتبة الجمعية	٢٣ كانون الاول ١٩٢٥	القدم المادورائية	الدكتور صائب شوكت
»	٢٤ كانون الثاني ١٩٢٦	حفظ اصحة منذ المهد والتربية الاخلاقية	الدكتور سلمان غزالة
»	٣١ مارت ١٩٢٦	الحبن واسبابه في العراق	الدكتور هاشم الوتري
»	٢٨ نيسان ١٩٢٦	الامراض في العراق قديما وحديثا	الدكتور داود نسيم
»	٢٦ مايس ١٩٢٦	نسبة وقائع الامراض في لوية العراق المختلفة	الدكتور هيكس
»	٣٠ حزيرا ١٩٢٦	حفظ الصحة والمدارس	الدكتور حنا خياط
»	٢٩ ايلول ١٩٢٦	هموليز وهموليزين	الدكتور نظام الدين
»	٢٦ تشرين الاول ١٩٢٦	الكهرباء في المعالجة الحديثة	الدكتور شكري محمد

المجلة الطبية البغدادية
THE BAGHDAD MEDICAL REVIEW

العدد الثامن — شباط سنة ١٩٢٦

المقالات الاساسية

داء الكلب

الدكتور ميلس رئيس المختبر البكتريولوجي
ومعهد تداوي الكلب

التعريف :

داء الكلب والجنون الكلبي مرض معد حاد ينتاب المجموع العصبي المركزي يتقدمه دور تفريخ طويل يعقبه دور قصير تظهر فيه بعض الاعراض العصبية بشكل تهيج او كزاز عصبي وذلك ينتهي بالموت المحقق . يحصل المرض في الكلاب والحيوانات المشابهة لها واما العدوى فتكون بواسطة العض فالانسان والحيوانات الاهلية تصاب بهذا المرض بالصدفة والعرض .

سبب المرض :

لم يتوصل العلم حتى الآن لاكتشاف العامل المرضي ولكن لا يوجد اقل شك في انه فيروس حي من نوع الفيروس الذي يخترق المرشحات والاحتمال الغالب انه من صنف الجاليدو كما وسوف نطلق عليه في هذا المقال اسم « فيروس داء الكلب »

فيروس داء الكلب :

في صيف سنة ١٧٨١ اهتدي باستور الى ان فيروس داء الكلب يمكن نقله بواسطة التلقيح من ارنب الى آخر وذلك بزرقه في السحايا المخيه وتمكن بهذه الطريقة نقل الفيروس من ارنب الى آخر والمحافظة عليه في هذا الحيوان كما لو زرع كالجراثيم الاخري في انابيب الزرع . وبنتيجة ذلك تتحول اوصاف الفيروس وتكتسب شكلا خاصا . فالفيروس الذي يؤخذ من مخ الكلب الكلب تسبب ظهور اعراض داء الكلب في الارانب في مدة تختلف بين ٨ ايام الى ٦٠ يوما . ولكن بعد نقله مرات عديدة

— كعشرين مرة مثلا — يحصل دور تفريخ ثابت مدته سبعة ايام ٠ وهذا هو الفيروس الاساسي ويسمى الفيروس الثابت ٠ فيظهر ان الفيروس بعد تنقله في الارانب يطرأ عَلَى اوصافه تغير جوهري بحيث ان الفيروس الذي يؤخذ من الكلب يكون له قابلية احداث داء الكلب بمجرد زرقه تحت الجلد في حين ان الفيروس الثابت لا يمكن ان يحدث هذا الداء ما لم يزرق في السحايا المخية ٠

ويظهر من ذلك انه بزرع هذا الفيروس في المادة المخية يكون في ظروف موافقة لنموه فيكثر وينمو ولكن في عين الوقت تتناقص شدة تأثيره ٠

قابلية الترشيح : يمكن الحصول عَلَى الفيروس في المايع الذي يحصل من ترشيح (مرشح به ركفلد) ومن ذلك يظهر ان الفيروس في بعض ادواره الحياتية على الاقل يكون صغيرا للغاية ٠

تحول شدة الفيروس : الضياء والحرارة ثم اليبوسة تخرب الفيروس ٠ ولكن لا يمكن الاعتماد على خراب الفيروس في محلول حامض الفنيك $\frac{١}{٢٠}$ بمدة اقل من ساعة ٠ في حين ان محلول $\frac{١}{١٠٠٠}$ من السليماني يخربه بمدة ٣ ساعات العصارة الهاضمة تنقص شدة تأثير هذا الفيروس التي يمكن وجوده في المادة المخية وهذه الواسطة المعقمة تستعمل في طريقة استحصال المصل المسمى (الطراز الطلياني) ٠

واما التفسخات الموتية فلا تخرب الجرثومة بسهولة ولقد تمكنوا من اكتشاف فيروس فعال من جثة دفنت منذ شهر ٠

انتشار الفيروس : يوجد فيروس الكلب في الجملة العصبية للحيوان (الكلب) وفي المخ ، والنخاع والاعصاب الكبيرة وكذلك في الغدد اللعابية وبعض غدد الافراز الداخلي كالبانكرآس والغدة الفوق الكليوية ٠ واما الدم والاخلاط البدنية الاخرى فانها لا تحتوي عَلَى الفيروس بمقدار كاف لاحداث العدوى ٠

(١) (خطر العدوى) من الجملة العصبية المركزية : يمكن حصول ذلك للاطباء المشتغلين بفتح جماجم الحيوانات الكلبة لرفع المخ وحينئذ يكونون عرضة لخطر التلقيح وحصول سحجاة سطحية من تماس الشظايا العظيمة المكسرة او السكينة الخ

(٢) من اللعاب : ينتقل الفيروس من جسد الحيوان الكاب الى لعابه ولكي يتمكن اللعاب من تلقيح حيوان سالم يجب ان يدخل الى البدن من جرح في الجلد او في الغشاء المخاطي ٠ فالواسطة الاعتيادية لانتقال المرض هي الجروح التي تحصل من دخول اسنان الحيوانات الكلبة الى الجلد ٠ ولكن يمكن حصول الانتان من تماس اللعاب مع جرح حصل من واسطة اخرى ٠ فالاحتمال في حصول الانتان من جروح اعتيادية هو اقل بكثير من احتمال حصوله من الجرح الذي يحصل من العض بالاسنان لان في الحالة الاولى يكون الفيروس موضوعا على سطح الجلد ويمكن تخريبه بسهولة بواسطة المواد المضادة للتعفن ففي وجود جروح نافذة عميقة يكون احتمال حصول الانتان اقوي بكثير ٠ لان المواد المضادة للتعفن يصعب نفوذها الى اعماق الجلد والانسجة ٠

ولذلك يجب ان نعلم ما هي المدة اللازمة لوصول الفيروس الى لعاب الحيوان الكلب ولقد ظهر بنتيجة اختبارات

عديدة ان الفيروس لا يصل الى اللعاب قبل مرور ٧٢ ساعة عَلَى ظهور اعراض المرض ٠ ولكن يوجد في المصنفات الطبية ذكر وقعة وهي ان الجرثومة اكتشفت في لعاب الحيوان الكلب قبل ٦ ايام من ظهور الاعراض واذ تظاهرت الاعراض المرضية فلا يعيش الحيوان اكثر من ٤—٦ من بعد ذلك ٠ نتمكن من ان نستنتج من هذه المعلومات ما يأتي : اذا عاش الحيوان وكان صحيح الجسم لمدة عشرة ايام بعد ان عض شخصا فحينئذ لا يكون اللعاب منتنا في حين العضة ولذلك لا حاجة للمعالجة

ان اللبن الذي يفرز من ثدى الحيوانات منتن ولكن بنسبة محدودة للغاية ٠ واذا لم يوجد جرح في الفم او القناة الهضمية فحينئذ يمكن شرب لبن كهذا من دون حصول عدوى المرض ٠ فاذا اغلي هذا اللبن فلا شك ان الفيروس يهلك ويكون خاليا عن الضرر تماما ٠ ان اللعاب في الاحوال الاعتيادية هو الواسطة الاساسية لانتقال المرض ٠ ولكون الكلب هو اكثر الحيوانات استعدادا لقبول هذا الداء فمن الممكن ابادة المرض باتخاذ الوسائل التي تمنع الكلب المصاب عن عض الكلاب الاخرى ويدل عَلَى ذلك ما حدث في الجزائر البريطانية حيث ابيد المرض بتطبيق الاوامر التي اصدرها « ووالترلونغ » في عام ١٨٩٤ وهي تنص على وجوب عزل اي كلب يدخل الى الجزائر البريطانية لمدة ستة اشهر ٠

دور تفريخ المرض في البشر :

يتقدم الكلب « دور تفريخ وهو الزمن الذي يمتد من حين عضة الكلب الى ان تبدو بوادر المرض ويختلف امتداد هذا الدور اختلافا كليا وذلك لان المرض لا يظهر جليا الا بعد وصول الفيروس الى المخ والنخاع الشوكي واحداثه هناك تغيرات تشريحية تؤدي الى حصول اعراض المرض ٠

واختلاف دور التفريخ ينشأ عن سببين

١ — مقدار الفيروس الذي يدخل الى الجسم

٢ — موضع العضة او بعبارة اصح بعد موضع العضة من المخ ٠

ولا يخفى ان المقدار الكثير من السم يقتل الشخص بمدة اقصر بكثير من المدة التي يقتل فيها المقدار القليل منه ويكون الامر نظير ذلك في فيروس الكلب ٠ وخلاف ذلك فاذا كان العض كثير العدد وبليغ وكان موضع العض عاريا عن الثياب فان تأثير العضة يكون اشد مما لو كانت سطحية او كانت قد نالت عضوا مستورا بالثياب لان الفيروس يفقد في الحالة الاخيرة جانبا عظيما منه ويتركه في الثياب ٠

يقول (باستور) ان الفيروس يسير في الطرق العصبية نحو المخ ولذلك فكلما كانت العضة قريبة من المخ يقصر الطريق الذي يقطعه الفيروس فيكون الدور التفريخي قصيرا بنسبة ذلك ٠ وقد ظهر بالاختبار ان العضة اذا كانت في الوجه تكون مهلكة للاسباب الاتية :

١ — ان المسافة قريبة من المخ ٢ — لا يوجد لباس في الوجه ٣ — يكون الحيوان في هذه الحالة مفترسا وتكون عضته عميقة ٠ ودور التفريخ في الجروح التي في الوجه والساعد والساق في عدم معالجتها هو ٣٠—٤٠ — ٦ يوما ٠

دور التفريخ في الكلاب :

يختلف دور التفريخ في الكلاب من ١٦ يوما الى ٩٠

يوما ولكن المرض يظهر في الغالب في ٢٥—٥٥ يوما بعد العضة الملقحة ٠ ومن المستبعد ان تستمر هذه المدة الى اكثر من ثلاثة اشهر ولذلك يتحتم عزل الكلب الذي عضه كلب كلب آخر لمدة ثلاثة اشهر على الاقل ٠ والافضل مراقبته لمدة ثلاثة اشهر اخرى فتبلغ حينئذ مدة تجربده ستة اشهر ٠

نسبة اصابة الحيوانات بالكلب :

اورد هنا الاعداد التي اقتبستها من معهد (كاسولي) وهي تدل على الوقائع التي احصيت في خلال السنوات ١٩٠٢—١٩١٢ وكان عدد المرضى ١٧٠٠٠ شخصا ٠

الكلاب	١٤٧٣٠
الذئاب	٢٤٩١
الخيل والبغال	١٤٠
القطط	٧٨
البقر	١٦
	١٧٤٥٥

اما الحالة في معهدنا فهي كما يلي :

الكلاب والذئاب هم الحيوانات الذين ينتشر داء الكلب بواسطتها ولذلك فمن اللازم ان اوضح هنا اعراض المرض في هذه الحيوانات ٠

داء الكلب في الكلاب :

تقسم الكتب الطبية هذا الداء الى نوعين (١) النوع الفلجي (٢) النوع التهيجي ٠

في بعض الاحيان يكون الكلب متهيجا للغاية ثم يصاب بالفلج فيموت به ٠ وفي احوال اخرى يموت الكلب بالفلج وبدون ان تظهر فيه علائم التهيج وفي بعض الحالات يكون الكلب متهيجا ويمتنع عن الطعام ثم يهلك في بضع ساعات بسبب التشنج العضلي ٠ وتختلف اعراض المرض حسب جنس الكلب ففي الكلاب العادية والجراء الصغار يظهر المرض باعراض تهيجية واما في الكلاب البيتية فلا تظهر اعراض تهيجية لذلك لاتتصدى هذه الكلاب لعض اصحابها ٠ واما الاعراض العمومية فهي تقسم الى قسمين :

١ ٠ الاعراض التي تحصل من تحرش المخ : وهي الضجر والهذيان والتهيج والاختلاج ٠

٢ ٠ الاعراض التي تحصل من الفالج : وهي تظهر بعد التهيج وبعد اعراض تحرش المخ ٠

ويبدأ الفلج من القدمين الخلفيين ويتضح ذلك من زحف الكلب حين مشيه ويعقب ذلك فلج الحنجرة والبلعوم ويتضح ذلك بصعوبة في البلع فيحس الحيوان كأن في بلعومه عظما فيفهق لاخراجه ٠ وربما تصدى صاحبه لاخراج العظم الموهوم ولكن يجب الاحتراز من مثل هذه العملية او على الاقل استعمال كفوف حين انجازها ٠ ويتضح الفلج في حنجرة الحيوان من البحة التي في صوته حين ينبح ٠ وعندما يصل الفلج الى الفك الاسفل يرتخي هذا الفك ويسيل منه اللعاب ٠ ثم يعم الفلج جميع الجسم ويحصل فيه اختلاج ثم يموت الحيوان موتا فجائيا ٠

ويعيش الحيوان نادرا اكثر من ٢—٥ ايام بعد ظهور اعراض المرض ٠

ونحن في معهدنا نعتمد على الاعراض الآتية : ١) قلة دوام المرض (٢ — ٥ ايام) (٢) انتهاء المرض بالموت بالحتم (٣) كثرة الحركة والهذيان والشعور بوجود عظم

في الحلق والفلج في القدمين الخلفيين وهذه الاعراض نشاهد في الكلاب المهذبة في البيوت ٠ (٤) واما في الكلاب الاعتيادية فيشاهد فقدان الحركة وكثرة تصديهم لعض الحيوانات او الانسان وقد ذهلنا عن ذكر الصعوبة في شرب الماء التي تحصل عن الفالج البلعومي ٠ ولا توجد كراهة للماء في الحيوانات المريضة ٠

واما داء الكلب في الذئاب : فيستدل عليه قاعدة من مهاجمة الذئاب للانسان فكل ذئب يهجم على الانسان هو كلب ٠

كيفية رفع مخ الحيوان الكلب المشتبه فيه لاجل الفحص : ان تشخيص الكلب بعد موت الحيوان يتم بواسطة فحص المخ مجهريا ٠ لذلك يجب ارسال المخ الى المختبر بصورة صالحة للفحص ٠ فكثيرا ما يصلنا المخ وقد انتن وتميع حتى اصبح غير حقيق الا بالدفن وعليه فانني ارى من المناسب ان اذكر كيفية رفع المخ وارساله الى المختبر :

يجب اولا غسل رأس الكلب بمحلول (الكرئوزول) ثم تؤخذ مطرقة و يضرب بها الرأس الى ان يتكسر الى قطعات صغيرة ثم يقطع الجلد وترفع العظام المكسورة وتقطع السحايا ثم يرفع المخ ٠

ولاجل المحافظة عليه حتى يتسنى فحصه بالمجهر يجب وضعه في اناء تسد فوهته بقطعة من القطن ويجب ملئ الاناء بمحلول « زنكر » اومحلول الفورمالين بنسبة ١٠ في المائة ويجوز استعمال الكحول بدلا من هذين المحلولين ولكن النتيجة لاتكون جيدة ٠ ويجب ان لايلف المخ بالقطن لان ذلك يمنع نفوذ السائل المضاد للتعفن الى داخله فينتج عن ذلك فساد نسيجه ٠ وتسد اخيرا فوهة الاناء بالشمع الاحمر ويوضع في علبة ترسل الى المختبر مع كتاب يتضمن حكاية مرض الحيوان وعنوان الطبيب الذي يجب ان ترسل اليه نتيجة الفحص ٠

اعداد المخ للزرق للحيوان : يجب ارسال نصف المخ مغمورا في الجليسرين والنصف الآخر في احد السوائل المذكورة آنفا :

قيمة الفحص المجهري للمخ :

ان الفحص يكون مهما اذا ظهر بنتيجته وجود «جسيمات نجري» في المخ على ان تكون هناك اشياء اخرى مثبتة ٠ توجد جسيمات نجري في جوهر الخلايا العصبية وما يتفرع منها وهي ذات شكل كروي واوصافها النسجية تشابه اوصاف غلاف الخلايا وتختلف جسامتها فهي صغيرة في المرض الذي يسير سيرا سريعا ٠ ويمكن العثور على جسيمات نجري في جميع اجزاء المجموع العصبي ولكنها توجد في اغلب الحالات في « تفيف حصان البحر » من المخ وفي « خلايا بوركنز » التي في المخيخ ٠ ولا توجد في اللعاب ولا في الغدد اللعابية ومما يحسن ذكره ان جسيمات نجري تكون صغيرة اذا وجدت في امخاخ الكلاب الملقحة بالفيروس على التوالي ٠ وقد بين « كورن وول » ان الفيروس اذا لقحت به الارانب وولد فيها المرض فان جسيمات نجري تصغر تدريجيا وبعد ان يتتابع التلقيح ٦٠ مرة يصبح حجمها ١—٢ ميكرونا واذا توالى التلقيح الى اكثر من ذلك فانها تغيب عن النظر ٠

يغلب الاحتمال بكون تولد هذه الجسيمات يكون بسبب رد الفعل في الخلايا الحية من دخول الفيروس اليها وقد

ذكر البعض ان هذه الجسيمات تتولد ايضا عن التهيج العصبي ولكن ذلك لايحط من اهمية هذه الجسيمات في تشخيص الكلب ومن النادر ان يحتاج الباحث الى برهان آخر للبت في التشخيص بعد ان وجد جسيمات نجرى . ولا جدال في ان وجود هذه الجسيمات مما يؤكد التشخيص ومع ذلك فلا يمكننا ان ننفي اصابة الحيوان بداء الكلب في حين عدم وجود هذه الجسيمات او احتجابها عن النظر .

فعند عدم كشفنا جسيمات نجري في الحيوان فلا يصح ان نحكم بعدم اصابة الحيوان بالكلب لانه من الممكن ان يهلك الحيوان قبل ان تتكون في بدنه جسيمات نجري وفضلا عن ذلك فقد يتعذر كشف هذه الجسيمات اذا كان المخ متغيراً او متميعاً ولذلك اذا ذكر الكشف عدم وجود جسيمات نجري وزاد على ذلك ان المخ كان في حالة سيئة فيترتب على الطبيب ان يستنبط منه هل كان الحيوان مصابا بالمرض ام لا فيصدر حكمه في ذلك حسب ما يتراءى له وانما يجب ان لانعتمد على فحص المخ مالم تكن نتيجة ذلك الفحص مثبتة .

وانا اعرض للاطباء بان عزل الحيوان الذي تصدى للعض وملاحظته الى مدة عشرة ايام افضل بكثير من الفحص المجهري .

التدابير التي يجب اتخاذها عندما يعض حيوان مصاب بالكلب حيوانا آخر :

اذا ظهر في احد الحيوانات المعضوضة علائم داء الكلب فيجب اتلاف جميع الحيوانات الاخرى وعدها كانها حيوانات مصابة بعد مضي ٣ — ٦ اشهر . فاذا يمكن ملاحظة الحيوان او كان يوجد في الدار اطفال فيجب ابادة الكلاب من اول يوم وعدم التساهل الى ان تحل التهلكة وبما اننا لانعلم اكيداً ان الكلب المعضوض سوف يصاب بالمرض فيسوغ لصاحب الكلب ان يحافظ على كلبه ويلاحظه الى مدة ٣ — ٦ اشهر ولكن اذا حدث من ذلك ضرر فيكون هو المسؤول عنه وعلى كل حال يجب ربط ذلك الكلب بالسلسلة واذا اريد تسييره يجب ان يؤخذ مربوطاً . واذا ناله المرض يجب الاهتمام في معالجته والاحتراز من لعابه والافضل ان تكسى اليد بالكفوف حين يراد اطعامه او اعطاءه الدواء .

ويجب عزله على هذه الصورة لمدة ٣ اشهر وملاحظته ثلاثة اشهر اخرى فاذا ظهر فيه ادنى عرض يدل على المرض يجب ان يربط ويعزل .

التحفظات التي يجب اتخاذها حينما يعض الانسان حيوان كلب :

يمكن حصر هذه التحفظات في قسمين (١) العلاج الموضعي للجرح (٢) الوقوف دون انتشار المرض الى الجسم .

يجب ان نعلم ان معالجة الشخص المعضوض من قبل حيوان كلب هي ليست علاجا واقياً بل هي علاج شاف . ويقتضى للطبيب ان يكافح المرض بمنحه للمصاب حالة دفاع يقاوم بها جسده المرض بدرجة عظمى وان يحدث بالتطعيم مناعة في دم المصاب تقاوم المرض الذي تدب سمومه في الاعصاب سائرة نحو المجموع العصبي المركزي .

معالجة الجرح : يغسل الجرح جيداً ويكوى بحامض الفنيك وينفع هذا الكي من حيث ان حامض الفنيك ينفذ في الانسجة ويهلك الفيروس وفضلا عن ذلك فهو يخدر

موضع الآفة ويزيل الالم . واذا تعذر وجوده فيستعمل بدلا منه برمنغانات البوتاسيوم او حامض النتريك . كيف يكون الكي الجيد ؟ يشير البعض الى لزوم تخريب الجلد المعضوض تماما وانما المهم هنا ان نعتني في كي الانسجة التي لوثها اللعاب المعدي وان نهتم في ادخال الكاوي الى غور الجرح واذا وصلنا المريض قبل مرور ساعة فيحسن استئصال النسيج المعضوض برمته ولكن لا الكي ولا الاستئصال وحده يكفي لمنع حصول المرض . ومع ذلك فانه يهلك القسم العظيم من الفيروس وبذلك يطيل مدة التفريخ ويساعد على احداث مناعة قوية في الجسم بواسطة التطعيم .

واجبات الطبيب حينما يصله شخص معضوض :

اذا كان الشخص قد عضه كلب مصاب او لحسه فقط فيجب غسل الجرح وكيه بالطريقة التي سبق ذكرها . ثم يتحتم عزل الحيوان لمدة ١٥ يوماً ومراقبته في هذه المدة بدون اجراء اي معالجة الا اذا كان الحيوان مريضاً . ويعتقد البعض انه يجب قتل الحيوان وارسال مخه الى المختبر للتشخيص وهو اعتقاد باطل والافضل ان لايقتل الحيوان بل يجب قبل قتله ملاحظته عشرة ايام او حتى تظهر فيه اعراض الكلب فاذا بقي الحيوان سالماً بعد عشرة ايام فحينئذ يتبين ان لعابه لم يكن معديا وعندئذ تكون المعالجة غير ضرورية . واما اذا مات الحيوان في مدة عشرة ايام فنستنتج اذاً ان الحيوان كان مصابا بالمرض وينبغي الاسراع في معالجة الشخص المعضوض .

معالجة المرض بواسطة التطعيم :

يجهز المصل الذي يستخدم لاغراض التطعيم على ثلاث طرائق :

١ — طريقة باستور الاصلية .

٢ — طريقة هوكبس .

٣ — طريقة « فرمي » و « سامبل » المبنية على التثبيت بحامض الفنيك

وتستعمل الطريقة الاخيرة في « معهد كاسولي » وهي الطريقة التي جربنا عليها نحن في اشغالنا .

المناعة المكتسبة : قد اسفرت تجارب المختبر عن نتائج حسنة في احداث المناعة المكتسبة بواسطة مصل الكلاب والنتيجة ليست كذلك حين اجراء التجربة على المرضى . لذلك ليس في الامكان ان يجعل الشخص محصناً ضد المرض .

ويمكن تسكين اعراض المرض بالادوية المخدرة نحو الكلورال والكلوروفورم والبروموز . وتكافح عسرة البلع بواسطة الاتروبين لانه يسكن التشنج البلعومي فيمكن المرضى من الاكل والشرب ومع ذلك فان هذه الادوية لاتقوم الا بادامة الحياة وقتياً واما النتيجة الصحيحة فهي الموت .

المناعة الطبيعيه : ليس بين الحيوانات ذات الدم الحار من هو محصن تجاه هذا المرض فالقط والفأر كذلك يأخذان المرض بسرعة .

والمناعة المكتسبة لاتنفع الا اذا كانت قد استخدمت لاغراض المعالجة بعد ان تحدث العدوى . وقد دلت الاحصاآت على انه يمكن قطع دابر المرض وتخليص الارواح باحداث مناعة قوية بواسطة التطعيم . وذلك بعد ان تتصل عدوى المرض .

السفلس العصبي الزوجي وتكونه

لفتح الله عقراوي

طالب طب في جامعة باريس

كل من يتتبع مستشفيات الامراض العصبية في فرنسا لابد ان يلفت نظره الى كثرة الامراض العصبية التي يرجع اصلها الى الداء الافرنجي . فلا يمر يوم الا ويرى في اي كانت من العيادات الخارجية ان خمسة او اكثر على عشرة من المرضى الذين يتقدمون للفحص مصابون بامراض نقدر ان نسميها «سفلسية» كالتابيس Tabés والفلج العمومي Paralysie génerale والفالج النصفي السفلسي الخ . .

تلك اوربل بديهية يعرفها كل طبيب اختصاصياً كان ام لم يكن ولكن هنالك حقيقة قلما يلتفت اليها الطبيب وهي حدوث تلك الاصابات عند الزوجين معاً . مثال ذلك وجود التابيس عند رجل وامرأته او وجود التابيس عند المرأة واصابة زوجها بالفالج العمومي . هذه حقائق سريرية وان لم تكن كثيرة الحدوث فهي ليست بنادرة وبما ظهرت لنا لاول وهلة خالية من الاهمية ومع كل ذلك فهي من الاهمية بمكان عظيم لو فكرنا بها مليا : فلو كانت لدينا براهين مقنعة بان السفلس يفضل ضرب الجهاز العصبي عَلَى غيره عند امرأة مصاب زوجها بمرض عصبي سفلسي والعكس بالعكس لا احد يجهل ما يكون تأثير ذلك عَلَى معلوماتنا الحالية سواء كان في عقائدنا الباثولوجية تجاه السفلس ذاته او في معالجة هذا الداء

لاجل ذلك اهتم بالامر كثيرون واول من نشر الاحصاآت بهذا الشأن هو فيشر Ficher في سنة ١٩٠٥ ثم تبعتها نشرات عديدة يرجع اهمها الى نونن وكلها ترمي الى ان تبرهن ان السفلس العصبي كثيراً ما يصيب الزوجين معاً واذا أصيب احدهم به كان الثاني في خطر الاصابة عن قريب بعين المرض او بمجانسية من الامراض العصبية فتضاربت الاراء فيما عسى ان يكون السبب في ذلك وتعددت النظريات في تفسيره واهمها ثلاثة :

فمنهم من فسره بالنظرية المشهورة القائلة بتعدد انواع التريبونيما Tréponéme وعَلَى الاخص بوجود نوعين مهمين : النوع الجلدي Virusdermotroape وهو الذي يحدث العوارض الجلدية في مدة تطور الداء الافرنجي وعلى الاخص في دوره الثالث والنوع العصبي Virus neurotrope مسبب العوارض العصبية كالتابيس وغيره فاذا كان الزوج مصابا بسفلس سببه النوع العصبي نقله الى امرأته وجعلها بفعله هذا معرضة للمرض العصبي المصاب به او الذي سيصاب به في المستقبل او بما يجانسه من الامراض العصبية .

ومنهم من وجد سبب ذلك في ان الزوجين يعيشان عادة في محيط واحد مما يعرضها الى اكتساب عين الامراض اوما يشابهها .

ومنهم اخيرا من فسر ذلك بعدم كفاية المعالجة عند الزوجين اذ هنالك امر معلوم لاشك في صحته وهو ان معالجة غير كافية وخصوصا بالوسائط الفعالة التي توجد لدينا اليوم لمحاربة داء الافرنج مما يساعد عَلَى ظهور الاختلاطات العديدة .

وقد عثرت اخيرا في مجلة البرس ميديكال البارزية(١) على مقال متقن بهذا الشأن للدكتور سيزاري وهو احد اطباء مستشفيات باريس المعروفين باهتمامهم في «الامراض السفلسية» جرب ان يفند اكثر النظريات المذكورة اعلاه ويبرهن بواسطة مشاهدات سريرية عديدة ان الحقيقة المذكورة ليست الاظاهرية لا غير . وقد احببت ان انقل الى قراء المجلة اراءه بهذا الصدد لاعتقادي باهمية الامر ليس فقط في فرنسة او في بلاد الغرب حيث توجد العواقب العصبية للسفلس اكثر من غيرها ، بل في بلادنا ايضا لان الداء الافرنجي وان كانت اعراضه الجوهرية واحدة في الشرق كما في الغرب ، في الصين كما في اميركة غير ان اعراضه الثالثية تختلف كثرة انواعها حسب الظاهر باختلاف الاقاليم والشعوب فعسى ان ينشر اطباؤنا اراءهم في الامر حسبما تعلمهم اختباراتهم الشخصية ويعرفونا الوجه الذي يتخذه هذا المشكل في بلادنا بابحاث ينشروها في المجلة الطبية البغدادية :

اما النظرية الاولى فسيزاري يفندها بقوله : «قبل كل شيء نقول ان الحجة التي تبنى عليها هذه النظرية وهي تعدد انواع التريبونيما وان دافع عنها رجال يشهد لهم بطول الباع في هذه الامور كليفاديتي Levaditi في فرنسة ونونن (Noune) في المانية يرفضها كثير من الاختصاصيون ونحن منهم ثم لا احد ينكر ان هنالك حوادث لا يستهان بعددها نشاهد فيها التابيس والتهاب الشريان الابهر (Aortite) في آن واحد عند عين المريض ومن منا لم ير عدة مرات رجلا مصابا بالتابيس بينما امرأته مصابة بالتهاب الشريان الابهر او باعراض جلدية ثالثية ؟ واذا كانت النظرية المذكورة صحيحة فكيف نقدر ان نفسر حوادث السفلس الوراثي حيث نراه احيانا يتخذ الشكل الجلدي مثلا بينما يكون الابوان مصابين بامراض عصبية كالتابيس والفالج العمومي ؟؟ كل هذا يضطرنا عَلَى القول ان النظرية الاولى لا يسعها ان تفسر تكون السفلس العصبي الزوجي لان كثيرا من المشاهدات السريرية تفندها بكل وضوح .

اما تأثير المحيط فلا احد يستطيع ان ينكره ولكني لا اعتقد انه يقدر بنفسه ان يفسر تكون السفلس العصبي الزوجي . فلو نظرنا من جهة رأينا ان الحرفة التي يحترفها الرجل تختلف عادة عن حرفة امرأته في مجتمعنا الحالي وان التأثيرات التي تعيش المرأة تحت نفوذها هي غيرها عند الرجل وقس على ذلك . واذا حولنا نظرنا الى الجهة الاخرى رأينا السفلس العصبي يصيب العالم كما يصيب العامل ويصيب الغني كما يصيب الفقير من دون تفريق في الدرجة الاجتماعية او الحرفة .

«ولم يبق لدينا الا النظرية الثالثة وهي اضعفهم حجة في نظرنا لاننا نعتقد ان اذا كانت المعالجات الغير الكافية السبب الجوهري في حدوث السفلس العصبي فلا شيء يمنعها من ان تكون مسببة للسفلس الجلدي او الشرياني ايضاً» .

وبعد تفنيده هذه النظريات الثلاث يقول :

(١) A. Sézary : « La Syphilis nerveuse conjugale et sa pothogénie. » La Presse Méclicile, 14 novembre, 1925

اعتقد انه لا يصعب علينا ان ان نجد حلا لمشكلتنا لو اخذنا بعين الاعتبار امرين :

اولا ان كثيرا من المؤلفين الذين درسوا الامر طويلا وجمعوا عددا كبيرا من الحوادث ليبرهنوا صحة وجود السفلس العصبي عند الزوجين معا لم يفرقوا في درسهم هذا بين السفلس العصبي الحقيقي اي الذي يصيب الجهاز العصبي رأسا كالتابس والفلج العمومي، والسفلس العصبي ظاهرا كالفلج النصفي السفلسي مثلا الذي يصيب شرايين الجهاز العصبي ذاته • اذا لو شاهدنا حادثة تابس عند رجل ورأينا امرأته مصابة بالفالج النصفي لا يصح لنا كما يفعل الكثيرون ان نطلق على ذلك اسم « السفلس العصبي الزوجي » • وهكذا نرى لو اعرنا هذا التحفظ اهميته ان حوادث السفلس العصبي الزوجي اقل بكثير مما يدعيه نونن واتباعه •

ثانيا : مما لا شك فيه ان السفلس العصبي كثير الحدوث في بلادنا واكثر حدوثا مما يتصور البعض لو احصينا الحوادث الخفية التي لا تتظاهر لنا الا بعرض او عرضين فقط كعلامة اركيل روبرتسون (Signe b'Aargyll—Robertson) او ازدياد اللنفوسيست في السائل السحائي وغياب المنعكس الاخيلي (Aréflexie Achilliénne) فبين خمسمئة حادثة سفلس فحصتها مؤخرا وجدت لا اقل من ثلثيها سفلسا عصبيا ! افلا يصح لنا والحالة هذه القول بان حدوث السفلس العصبي عند الرجل كما عند امرأته هو من قبيل التصادف ليس الا لو اخذنا بعين الاعتبار الملاحظتين المذكورتين اعلاه اي قلة السفلس العصبي الحقيقي عند الزوجين وكثرة السفلس العصبي المدهشة في بلادنا ؟ اني لا اتمالك من الميل الى هذه النظرية الاخيرة لاني ارى الحقيقة فيها •

وهكذا يستنتج الكتاب من بحثه ان حدوث السفلس العصبي الزوجي ظاهري اكثر مما هو حقيقي وهو اول من قال بذلك حتى الان وللمستقبل ان يعضده في ذلك او يناقضه •

للامر كما قلت في اول الكلام عن الموضوع اهمية كبرى ليس فقط من الوجهة النظرية بل من الوجهتين العملية والاجتماعية معا : لان اذا ثبتت صحة السفلس العصبي الزوجي وجب علينا ان نتخذ احتياطات جديدة لتوقي العائلات شر الاختلاطات العصبية واذا اصيب احد الزوجين بمرض عصبي سفلسي ان نسرع بقطع دابر السفلس عند الاخر كي لا يصيب ما اصاب رفيقه هذا عدا عن ان انذار السفلس باسره يتغير تغيرا عظيما ولا احد يجهل ما لذلك من التأثير السيئ عَلَى هيئتنا الاجتماعية لان الامراض العصبية كالتابس والفلج العمومي وغيرهما تجعل من ضحيتها عليلا يقضي بقية ايامه في المستشفيات والمعاقل •

باريس في ١٦ تشرين الثاني سنة ١٩٢٥

الفلج النخاعى التشنجى

Paralysie Spinal Spastique.

الدكتور هاشم الوتري (المستشفى الملكى)

ورد على قسم الامراض الباطنية في المستشفى الملكي رجلان الاول ، كردي من خانقين يشتغل بالفلاحة

لايتجاوز عمره الثلاثين سنة ضعيف شاحب اللون ولكنه تام الخلقة يشكو من ضعف كلي في ساقيه وتشنج فيهما قد منعاه عن السير وقد بدأت معه هاتان الحالتان منذ عهد بعيد حتى طرحتاه في الفراش وعند دخوله المستشفى الملكي كان لايستطيع حتى الوقوف • والرجل اعزب ولم يكن من المنهمكين في الملاهي • ولما بدأنا بفحص الجسم حسب الترتيب لم يستلفت نظرنا ماعدا التشنج في الاطراف السفلي وقد بلغ التشنج حد الكزاز فكان من الصعب تمديد الطرف الاسفل اوطية • ولما قرعنا عَلَى اسفل الرضفة بدأ الساق ينتفض ويختلج ومكث في هذه الحالة بضع ثوان وهذا مايشير الى اشتداد في الانعكاس الرضفي • وبحثنا في عضلات الشخص فلم نجد ضمورا او ضخامة تدل عَلَى اضطراب النمو فيها • وكان المريض يبول ويتغوط عَلَى الوجه الطبيعي وكان الحس في الجلد سالما من التغيير او بعبارة اخرى كان المريض يشعر بالبرد والحر والضغط والتماس وقد بحثنا دمه فلم نجد فيه علامة تدل عَلَى اصابة المريض بالسفلس •

واما الشخص الثاني فكان رجلا بغداديا يدعي ح • ح في ال ٤٥ من العمر قوي البنية تام الخلق وهو يشتغل بتسلق النخل لجني ثمرها وقد شعر منذ اربع سنوات بضعف في قدميه وساقيه ولا سيما في الطرف الايمن وقد اشتد ذلك الضعف حتى منعه عن شغله ولكنه لم يضطره للنوم في الفراش بل جعله يمشي مشية غير عادية والرجل متأهل ولد له ١٠ اولاد توفى منهم (٧) وبقي الثلاثة الآخرون في قيد الحياة ولم يذكر انه اصيب بمرض آخر فيما مضى من حياته • ولما فحص بدنه وجد في اطرافه السفلى نفس التغيرات التي ذكرت في الحالة الاولى مع اختلاف قليل في شدة المرض حيث ان هذا الشخص الثاني كان لايزال يمشي عَلَى رجله وهذا ماساعدنا عَلَى بحث مشي المريض فكان مشيه يشذ عن المشي العادي والمريض كان يخط بقدميه الارض واذا لوحظ وقع القدم عَلَى الارض يرى انها ترتعش عندما تلامس الارض ويتم المشي عَلَى رؤوس الاصابع مما جعل حذاء المريض يبدأ كل من طرفه الامامي • ولما فحصنا دم المريض تبين لدينا من تقرير المختبر انه ليس ملوثا بالسفلس •

فاذا القى الباحث نظرة في الاعراض التي كانت تبدو على كلا الشخصين يستنتج منها ان المرض يجب ان يكون ناشئا عن آفة متمركزة في (الخيوط العصبية المحركة المركزية) او بعبارة اوضح (الحزمة الاهرامية الجانبية) وهذه الحزمة كما لايخفى هي قسم من الحبول الجانبية توجد في كلا الجهتين من النخاع الشوكي وهي تتضمن الاسلاك العصبية المحركة المركزية التي تتفرع عن نصف واحد من المخ وتتجه الى اسفل فتتصالب في النخاع المستطيل مع نفس الاسلاك المتفرعة من النصف المقابل ثم تنحدر الى النخاع الشوكي فتسير مع الحبول الجانبية ويطلق عليها هناك اسم (الحزمة الاهرامية الجنبية) وخيوط هذه الحزمة تتصل شيئا فشيئا وعلى طول مسيرها في النخاع الشوكي بالقرن الامامي الموافق لجهتها وتندغم هناك بالخلايا العصبية التي تنشأ منها الفروع المحركة المحيطية •

فيتضح من هذه الاوصاف التشريحية ان الخيوط العصبية المحركة تنقسم الى قسمين : الاول ، يتفرع من المخ ويمر بالنخاع الشوكي حيث يتصل بالخلايا العصبية التي في القرون

الامامية وهي ما يدعي (بالحزمات الاهرامية) وتنقسم هذه الحزمات الى قسمين : قسم منها يتصالب في النخاع المستطيل ويدعي (بالحزمة الاهرامية الجنبية) كاذكرنا وقسم لايتصالب الا في القرون الاماميه ويدعي (بالحزمة الاهرامية الامامية)

والثاني : يتفرع من خـلايا القرون الامامية وينتهي بالعضلات وهو (الخيوط العصبية المحيطية)

فلننظر الآن في وظائف الخيوط العصبية المحركة برمتها اي من المخ الى العضلات لنستنتج منها ماتعلل به الاعراض التي عثرنا عليها في مريضينا ونبني عليها التشخيص :

تقوم الخيوط العصبية المحركة — سواء كانت مركزية (اهرامية) او محيطية — «١» بتنفيذ ادارة الدماغ في العضلات اوبعبارة اخرى بنقل الارادة الدماغية الى العضلات «٢» تقوم الخيوط المحركة المركزية (اي الحزمات الاهرامية) بتقييد الافعال المنعكسة في القوس الانعكاس للاعصاب المحيطية وايقاف الافعال المنعكسة المحيطية في حدودها الطبيعية «٣» تقوم الخيوط العصبة المحيطية ولاسيما خلايا القرون الامامية بادارة الافعال الاغتذائية والتموية في العضلات ·

فاذا وضعنا هذه الوظائف نصب اعيننا وفرضنا ان الآفة شملت جميع الخيوط المحركة من المخ الى العضلات فينبغي ان يحصل اذن : اولا · فلج في العضلات ثانيا · اشتداد في لافعال المنعكسة: ثالثا· ضمور استحالوي في العضلات ·

وهذا مايحصل في مرض خاص يدعي باسم التصلب الجانبي الاميوتروفيكي Sclerose lateral Amyotrophique ومعنى الاميوتروفي في اللغـة العربية هو « ضمور العضلات » او « عدم نمو العضلات » وقدسمي المرض بذلك لان هذا التصلب الجانبي يفضي الى ضمور العضلات ·

واما اذا اقتصرت الآفة عَلَى الخيوط المحركة المركزية (اي الحزمات الاهرامية) ولم تتعد عَلَى الخيوط المحركة المحيطية فان الاعراض تنحصر حينئذ في اشتداد الافعال المنعكسة دون سواها فيحدث عنها مرض آخر يدعي بالفلج النخاعي التشنجي Paralysie Spinal Spastique

فيتضح اذن ان كلا المرضـين ناشئ عن آفة تصيب الاعصاب المحركة ولكن الآفة تصيب في المرض الاول جميع هذه الاعصاب من المخ الى العضلات وفي المرض الثاني تنـال قسما منه وهوالقسم المركزي او الحزمات الاهرامية ·

فلنرجع الآن بعد ان تذكرنا هذه المعلومات التشريحية الى مريضينا اللذين ذكرنا امرهما في صدر هذا المقال فقد وجدنا فيهما عرضاً مهماواضحاًوهو اشتدادالافعال المنعكسة في الاطراف السفلي فلو وجدنا مع هذا المرض ضمورا في العضلات او فلجا فيها لحكمنا بان المرض من النوع الاول ولـكن لما كان العرض المهم هو التشنج واشتداد الحركات المنعكسة فقد عولنا عليه في تشخيص المرض والآن فلنقدم الى القراء شيئاً موجزا عن هذا المرض ·

ينقسم الفلج النخاعي التشنجي الى نوعين : وراثي وغير وراثي ·

والنوع غير الوراثي · ينشأ عن نفس الاسباب التي تحدث التصلب الجانبي الاميوتروفيكي الذي يمت اليه بصلة التشريح المرضي· وهذه الاسباب ليست معلومة عَلَى وجه

التحقيق وقدذكر منها الصدمات التي تنتاب الجسم والتعب المفرط والضعف الولادي الذي يسبب نقصا في مقاومة الامراض التي تطرا عليها، والتسممات التي لم يعلم منشؤها والآفة تنال الخيوط العصبية المحركة المركزية واعني بها الحزمات الاهرامية كما ذكرت آنفا · فينشأ عنها ضعف عضلي تشنجي مصحوب باشتداد الافعال المنعكسة · ويبدأ الضعف العضلي من الاقدام فيجعل المصاب يمشي باقدام مرتعشة وبخطوات قصيرة ويكون اخمص القدم مطوى الى الجهة الانسية والافخاذ متقاربة بحيث يصبح المريض يجرر قدمه عَلَى الارض حين المشي · وتتقدم هذه الظواهر تدريجيا حتى تبلغ الذراعين والوجه ولكن هذين القسمين يمكثان عادة بمعذل عن الآفة لمدة طويلة

وتشتد في المصاب الانعكاسات الوترية وتبلغ في الاطراف السفلى حد الاختلاج حيث يختلج الطرف الاسفل عند قرع اسفل الرضفة · وكثيراً مايشاهد في الاطراف السفلى علامة اخرى تدعي بظاهرة العصب القصبي وهي « حينما يطوى الطرف الاسفل عند مفصلى الحرقفة والركبة ترتفع القدم نحو الساق وتلتوي الى الجهة الوحشية وذلك مما لاسبيل للمريض الى ايقافه » ·

والمشي في هذا المرض يصعب رويداً رويدا حتى يصير مستحيـلا فيضطر المريض الى ملازمة الفراش واما الاضطرابات الحسيه كالاضطرابات المثانة والمعي المستقيم فانها تكون معدومة في هذا المرض والمرض غير قابل للشفاء ·

واما النوع الوراثي او العائلي : فيحصل خاصة لبعض العائلات ويرجع الى استعداد وراثي للمرض وينتاب الشخص غالبا بين ال ١٠ — ٣٠ سنة من العمر وينشأ هذا النوع ايضا عن استحالة الحزمات الاهرامية الجانبية كما يكون في النوع غير الوراثي وانما هنا يشاهد فضلاعن ذلك ان الاستحالة تتعدى الى الحبول المخيخية الجانبية وحبل (جول) ولذلك فان المرض لاينحصر في الالياف المحركة · واعراضه هي اعراض فلجية تشنجية مماتحصل في النوع الاول ويوجد هنا ماعدا ذلك عرض آخر وهو اختلال التوازن الناشئ عن اصابة الحبول الخلفية والمخيخية الجانبية

التشخيص : ان الاعراض الفلجية التشنجية التي بحثنا فيها آنفا لاتوجد فقط في المرض الذي نحن في صدده بل انها توجد في جميع امراض النخاع والمخ التي تصاب بها الحزمات الاهرامية بدون ان تتعدى الاصابة الى القرون الامامية وما يتفرع منها من الخيوط العصبية المحيطية · فمن هذه الحالات انواع التصلب الجانبي المختلط كالتصلب المتعدد (Multiplé) والميليت المزمن والسيرينجوميليت وسفلس النخاع الشوكي وضغط النخاع الشوكي والهيدروسفال المزمن والفلج التشنجي المخي وغيرها فانها تسير بظواهر الفلج التشنجي ولاجل ان نفصل بين هذه الحالات والتصلب الجانبي الاولي الذي ينبعث عنه (الفلج النخاعي التشنجي) ينبغي اولاً ان نجزم تماما بان الاعراض هي حركية محضة وخالصة من الاضطرابات الحسية والاغتذائية (اوالتموية) نحو الاضطرابات في المثانة والمعي المستقيم · فاذا تم لنا ان نتأكد من عدم وجود هذه الاعراض جاز لنا ان نشخص المرض بتصلب الحبل الجانبي الاولى المحض · واغلب الامراض التي ذكرناها لاتقتصر عَلَى توليد الاضطرابات

الحركية بل تظهر اعراضاً حسية ونوبية وهذا مايساعدنا على تمييزها من المرض الذي نحن في صدده · ولكن قد تشذ هذه الامراض نادرا عن القاعدة المالوفة وتنحصر تغيراتها في الحزمة الاهرامية دون سواها فيكون المرض حينئذٍ مماثلا للفلج النخاعي التشنجي ولا يمكن تحديد التشخيص · ومع ذلك فان اغلب تلك الامراض تبدي عندما تواصل سيرها اعراضاً غريبة عن الفلج التشنجي النخاعي · هذا مااستطعت ان ادونه عن الحادثتين التي عثرت عليها واما الشفاء من هذا المرض فهو تحت رحمة الباري ·

حفظ الصحة من المهد الى اللحد

القى حضرة الدكتور سليمان غزالة خطابا بهذا العنوان في اجتماع كانون الثاني للجمعية الطبية البغدادية ندرجه فيما يلي بحروفه :

ايها السادة والاخوان الكرام

ان موضوع محاورتنا الان يكون في وضع اركان العائلة على اس الصحة والعافية · وفي التربية نظرا الى التكامل في المزايا البشرية · وفي الحصول على كرم المحتد والثبات عليه ·

ان هذا الموضوع حقه استيعاب جملة خطب وكتب ولكن ليس لنا الان سوى تذكر بعض مباديه المختصة بناء ان اسمى غاية للانسان انما هي : الحياة بعافية وبنية تقاوي المصاعب والكوارث منتصرة على الصدمات والعوارض ·

ومن ثم : التهيؤ لقبول المزايا الخلقية لاستكمال فضائل النفس وفي ذلك الاحتفاظ على الاصالة الجنسية ·

ان من دون الاعتناء الخصوصي بجد وجهد للتوصل الى ذلك المقصد ربما فقد الانسان مزاياه وصار عرضة للافات اجمع ·

فمن · ياهل ترى · هو الوظف المفروض عليه بان يدل بني جنسه ويهديهم في محطات الطريق المؤدية الى تلك الغاية السامية ؟

اين عالم ، اوفيلسوف او اخلاقي ···· غير الطبيب يمكنه القيام بواجبات تلك الوظيفة وايفاءها بحق ؟

ان الطبيب ليس كما يتوهمه البعض بانه وجد لمداراة ومداواة الامراض فقط · ان وظيفة الطبيب لمقدسة سامية · انه الدليل الوحيد لبني جنسه لحفظ الصحة والابتعاد عن كل مضر بهما وكل منكر مكروه موبق نفسا وجسما ·

اسمحوا لي سادتي ان اورد لكم مثالا فيه ·

في سنة ١٨٨٠ وانا في باريس اتى سفير من بلاد الصين وصار ينشر في الجرائد ما اثبته عن عوائد اهلها · ومن جملة ذلك اعلن بان كل عائلة ثمة لها طبيب خصوصي معتنٍ بها من جميع الوجوه ومحافظ على صحة افرادها واحدا واحدا · وهي بمقابلة ذلك تعطي شهريا المبلغ الفلاني عن كل شخص · فما ان مرض واحد يقطع عن الطبيب المبلغ الشهري المفروض على ذلك المريض ·

اما الطبيب فان رأى بان ذلك المرض قد اعترى الشخص من اجل عدم اصغاءه الى مشورته الفلانية فتكون اذذاك الشهرية مضاعفة ···

ان بعض الجرائد تلقت ذلك الخبر بعين الاستهزاء · ولكن قام احد افضل الاطباء واظهر الى العموم بان المقصد

من علم الطب ليس المداواة بل انما هو : حفظ الصحة والاعتناء عن الادوية ·

فالصينيون يكونون اذا قد علموا بذلك المقصد واجروه فعلا قبل غيرهم · ولاجل ذلك يجب الاقتداء بهم وليس الاستهزاء ·

ان هذا الطبيب الموظف للمحافظة على صحة كل فرد من افراد عائلة ما · فان دامت وظيفته هذه مدة من السنين · ألا تعود تعنيه ايضا صحة من يتزوج منهما وكذا صحة الذرية المؤمل حصولها ؟

هذا ما اريد ابينه الان في وضع اركان العائلة على اس الصحة البدنية وفي التربية نظرا الى التكامل البشري ·

فاني وان كنت لا اخصص الطبيب وحده لتلك الوظيفة التي اسميها « التربية » ولكن طبيعيا انه يكون في كل الاحوال عاملا مضمرا لان ليس من يقوم مقامه فيه · « التربية »

ان دور التعلم والتعليم : « من المهد الى اللحد » وعلى هذا المبدأ يجب علينا الابتداء بالتعليم ·

على ان التعليم بامل الافادة يجب ان يكون متجها الى ذات قابلة الاستفادة · اعني من الواجب ان تكون تلك الذات معدة مهيئة الى الغاية المقصودة ؛ اي لقبول المزايا البشرية

لانه من المحتمل ان المولود لا يكون حائزاً على الحالة الصحية الموافقة للشروط المرغوبة والتي لا بد منها له لقبول تلك المزايا والاخلاق المأمول اكتسابها وتزينه بها ؟

فمن الواجب اذا الاعتناء بذلك الشخص وتحضيره ليكون موافقا لما يؤمل منه · وهذا الاعتناء يجب ان يكون حتى من قبل تصوره جنينا في الرحم ·

هذا من جهة الذات المراد تربيتها ولكن هل يكفي ذلك ؟

لان هذه الشروط والاهمية الكبرى المعطاة للولد · الا يوجد غيرها من قبل معطي تلك التربية ؟ الا يقتضي تحضير المعلم ومعه جميع من يكون مفروضا عليه امر التربية ؟ ·

وبعبارة اخرى : اما يقتضي تربية المربي ؟ كما يقول المثل الايراني الفارسي : « مربي بدبچه مربي بخور »

ان ذلك الشرط ليس فقط مما يقبله الذوق والعقل السليم وهو الصحيح الحقيقي · بل هو الاساسي الجوهري ومن دونه لا تربيه يركن اليها

وبناء عليه : ان اصول وقواعد اركان التربية تكون اذا متوقفة على حصول الصفات الخصوصية في المربي والمربيّ « ومن دونه لا مربَّب »

والتربية لها اصول وقواعد واركان مجموعها يسمى « فن التعليم » وينقسم هذا الى قسمين · الاول : فن التعليم · وهذا لا فائدة لنا منه الان · واما القسم الثاني فهو : اين وكيف تكون التربية ؟

ان التربية للنفس والجسد عند الاحداث عموما · يمكن اجراءها اولا : « في العائلة » بواسطة الوالدين او تحت انظارهما بتوسط معلمين منتخبين · ومع ذلك يجب على الوالدين في هذه الحال ان يعتنيا من كل الوجوه ليريا النتائج والفوائد المؤمل حصولها · ثانيا : في المدارس الخارجية — ثالثا في الداخلية —

انما ذلك هو دستور العمل في فن التعليم · ولا ينبغينا الان ما سوى الكلام بوجيز العبارة عن التربية في العائلة ·

التربية في العائلة

ان التربية في العائلة توجب من جهة ؛ الخلق الحسنة الصالحة عند الوالدين • فهذه الوظيفة تكون مستندة عَلَى معلوماتهما وعلمهما في مبادئ التربية مع تمكنهما من اجراء كل ذلك فعلا • وكذا حصولهما عَلَى اهم المعلومات العلمية والادبية •

ومن جهة اخرى : اكتسابهما مبادئ حفظ الصحة وعلم الحياة • او استعانتهما فيه بطبيب العائلة لاجل القيام والاعتناء بالجسم ونمو الاعضاء حسب الناموس والمجرى الطبيعي •

انما ذلك لان : بين حالة وصحة الجسم آليا والنفس عقليا اراديا ادبيا « ملازمة طبيعية » • وهذه الملازمة لا يرجى من دونها التقدم التام الخالي عن النقص والعيب فضلا عن عدم امكان النبوغ في جسم عليل •

فمن واجبات الوالدين اساسيا واهم كل امر لهما : هو معرفتهما قبل كل شيء بان حياة المولود، من كل الوجوه، متوقفة على حالتهما الصحية • وعَلَى معرفة وحسن اعتناءهما به « صحة الوالدين »

ان صحة الوالدين هي الشرط الوحيد للنجاح • ولاشرط اهم واعظم منه وجوبيا في امر التناسل كان ام التربية •

لان الشجرة السقيمة لاتعطي الا ثمرة رديئة • وبعكس ذلك الشجرة الجيدة الصالحة •

فقبل الزيجة يقتضي اذا لكل من المترشحين لهذا الاتحاد الحيوي او الاقتران الطبيعي الاعتناء بصحته الذاتية نفسها وبالتوقي مما من شأنه الضرر بها •

ان البحث مفصلا في هذا الباب يطول • اقول فقط :

ان الضمير والوجدان وعزة النفس توجب عَلَى كل انسان سليم القلب مخلص النية ان لايكون سببا لتحس غيره ولتعاسته ولظلمه بادنى شيء في هذه الدنيا • فكيف بولادة انسان شقي ولحياة محدودة المدة وجيزتها ! وكلها للعذاب والالام ؟ •

«ان المولود البشري يأتي الدنيا حاملا فروضه معه» فان كان قد اتي مريضاً عليلا عنصريا فلافائدة بشرية منه وهو ايضا لدي اداء وظيفة التناسل ، يكون قد اتى بذرية عليلة فاقدة القوة والحالة الصحية الطبيعية للتمتع جسديا والتكامل نفسياً •

ان هذه المسألة ؛ بل المعضلة، لقد اشغلت عموم العلماء الاجتماعيين ولا سيما الاطباء منهم •

وبناء عليه انهم اظهروا اهمية الحال للمشترعين • فقبل «نصف عصر» تقريباً، البت بعض الممالك لطلبهم فحاولت افراز المرضى المصابين بمرض سار معد قابل التوارث لمنعهم عن الازدواج للتناسل • وما ذلك الالمنع الظلم المعهود عن الاولاد •

ولكن مع الاسف، ان ذلك النظام لم يجر بحق فظلت الحال عَلَى ما كانت وكما هي باقية عليه حتى يومنا هذا ان المرضى السقام ما احق بهم حالة العزوبة لكي لايقول عنهم بعض اولادهم ماقال المعري :

هذا ماجناه ابي علي   وماجنيت على احد

سابقي:

اسمحوا لي الكلام عن امر من هذا القبيل عينه :

ان الاقوام من قبيلة «السبارتيات» الذين ما كان يهمهم من التناسل ماسوى وجود رجال ابطال في مجتمعهم :

فكانوا يعرضون للموت الاطفال المولودين ضعفاء • ولم يكن يهمهم ماسوى تربيه الاقوياء •

ان هذه القبيلة كانت ترتكب ذلك الجرم بقتل كل الاطفال الضعفاء ،« عن قصدوتعمد » الامر الذي يراه كل انسان سليم المشاعر جرما شنيعاً بربريا •

قلت : ان ذلك منهم كان « بتقصد وتعمد » واماذا افترضنا وجود بعض الناس بوقتنا هذا • من يرتكب بنوع ما فعلا تكون نتيجته مثل تلك الجريمة عينها او اقل او اعظم منها • ولكن غفولا وعن جهل • • • فهل ان خطأ هذا الجاهل يكون مقبولا مغفورا ؟

اولايقتضى على المشترع انذار هذا المجرم المغفل وارشاده ليعلم ويدرك عظم خطاءه ومسؤوليته الادبية والجنسية؟

لانه من السلم • نظرا الى السنن الخلقية ، ان الانسان الحر الارادة مسؤول عن افعاله جميعها ولا يعفيه عن جرمه قوله : انه كان يجهل ذلك الامر ، ولاسيما ان كان هذا الشخص في مجتمع متمدن وهو لايقبل عَلَى نفسه صفة الغباوة والجهل • بل انه يعرف نفسه « مدركا عالما فهما »

فهذا اليس من واجباته الاطلاع والمعرفة فالتحذر من ارتكاب جرم ما من مثل ذلك المحكي عنه • بعد ان يكون قد ادرك الامر وفهم عواقبه وعلم بعظم المسؤولية فيه

* * *

لننظرن اذا ونتفحص من حالتنا الحاضرة وما فيها من عدم الدقة في امر الزيجة والتناسل •

الم نر • بل كم نرى • من فتى عاقل لا يرضى عَلَى نفسه الجهل وهو مصاب بمرض سار فلم يعبأ به • وعول عَلَى الازدواج قبل الشفاء منه؟

فهو ، بمنظر ومسمع منا، تزوج ببكر عفيف طاهرة • • فما لبث المرض ان امرى اليها وجعلها ان تكون شقية عليلة عقيمة ؟

واما رغما عن ذلك ان حملت وولدت فالمولود يكون قد سري اليه المرض وجاء الدنيا لكي لايعرف منها ماسوى الالام والشقاء •

فهذا الفتى الذي ما كان يدري بانه لايدري ألا يعد فعله وهو ذاك المتعدي الى الانسال ،فعلا منكرا وكاثم اجتماعي ؟

* * *

ان الانسان اعطى نعمة وقوة التناسل ليس ذلك محضا لقضاء « وطر » ، بل ليوجد انسانا صالحا معدا للتمتع بالحياة وللتكامل بالمزايا البشرية فنوال السعادة • وليس ذلك لكي يلد شخصاً معدا للرجس والشقاء والعذاب

وما الفرق بين فعل الفتى المذكور وبين ما كان يفعل « السبارتيات » بقتل الاطفال الضعفاء ؟؟

ان من المسلم ان جناية هذا المغفل هي اعظم لان طفل اولئك مات وقضي عليه واما مولود هذا فانه معد للعذاب مدى الحياة ولافساد النسل • وحاصل الكلام : ان من اهم اوجب فرض عَلَى المتزوجين هو حصولهم عَلَى الصحة التامة ، وذلك لاسيما فيما يختص بالامراض المنتقلة بالتناسل لكى لايكونوا ادعياء لشقاء الاولاد • وهذا مايجب ان يعلمه الشبان توا وبنوع كاف كافل بامر المحافظة على صحة وجودهم من قبل الازدواج ومن بعده •

* * *

ان جهل الوالدين له محاذير اخرى نظرا الى حسن التربية

المرغوبة . ولما كان اوجب جهة من هذا الفرض يختص بالوالدة فهي التي تكون موضوع تحرينا والبحث بنوع مجمل الان .

(تربية البنات)

ان التربية للبنات ليس المقصود منها الترقي في العلوم الرياضيه والنظرية وغيرها مما لا اهمية له في ادارة العائلة ولا القيام بمداراة الاولاد .

ان من واجبات المرأة ان تكون ، من قبل الاقتران ، عالمة مستعدة محضرة للاعتناء بالمولود . وهذا الاعتناء يجب ان يكون قانونياً علمياً وحسب السنن الطبيعية وليس عَلَى العمياء .

لاننا نرى عين الخطأ الذي ترتكبه النساء في تربية الاطفال فيسببن اعظم الانحراف في امزجتهم . انحراف ربما كان او يكون لهم باعثا لامراض كثيرة تتأصل وتتقوى فيهم فتكون الحياة عندهم معروضة للالام والشقاء ..

اذكر الان لكم، كمثل، شيئاً من جهل النساء وخطاءهم في التربية . وحسبنا به مثل :

ان الطبيعة جعلت بان ، كل الحيوانات ذوات الثديين عموما والانسان خصوصا ، عندما يوضع المولود يقتضي له حالا مايغذيه وبوقت واحد يطهر امعاءه مما اجتمع فيها في مدة الحمل من الفضلات ... ولاجل هذه الغاية نفسها شاءت الطبيعة ان يكون الحليب للثلاثة ايام الاولى من بعد الوضع هو الغذاء وهو الدواء للمولود، وهو حليب ذو لون اصفر ويسمى «الكولوستروم»(١)

فاذا اعطي المولود ذلك الحليب ، اعني وضعه هو من الثدي فيكون له الغذاء والدواء، وللوالدة الواسطة الوحيدة لتحرك الحسية في الثديين ولاراحة الرحم وما يتعلق به من الاجهزة فاعادتها عَلَى الحالة المقتضية طبيعيا .

ان النساء عندنا يجهلن — غالبا — تلك السنة الطبيعية وهذا ما جعلهن ان ينكرن جودة وصلاحية «الكولوستروم» فيمنعن الارضاع عَلَى الوالدة وعن المولود حتى يصير الحليب ذا لون ابيض ... لانهن يرتبن فيه ويرينه غير موافق او انه مضر للمولود . وكل ذلك من اجل لونه !!

فكانك بهن فيه ، يعاتبن الخالق عَلَى اهماله المولود وتركه دون تجهيزه للايام الاولى بما يقوم به وبواجب صحته .. وبناء عَلَى تصورهن ذلك يتعهدن هن باصلاح نقص الطبيعة «الوهمي» فيعطين المولود المواد التي تخال لهن صالحة للطفل لاغذاء وتنقية امعاءه .

فللاغذاء يعطين اما بعض المأكولات من سكر مختلط بالسمن او غير اشياء . واما حليب مرضع غير الوالدة . وللاسهال يعطين غالبا ، دهن الخروع !!!

ولا يساعدنا الان المجال لعد وسرد انواع المضار الحاصلة الوالدة والمولود من اجل انكار المجرى الطبيعي ومن الفضول والتحرش . جهلا وغباوة ، لاصلاح السنن الطبيعية .

***

ان بادئة بدء التربية الحقيقة هي اذن تربية الوالدين ليكونا قادرين مستعدين للقيام بالتربية الاولى لاولادهما اعني تربية العائلة .

ان في تربية الطفل او «تربيته في العائلة» كما بينا توا يقتضي قبل كل شيء الاستعداد الصحي واتخاذ الاحتياطات اللازمة ... لتكوين اولاد اصحاء . وهذا مفروض عَلَى

(١) الكولوستروم : هو اللبأ (مهموز مقصور) واللبأ : هو اول اللبن كما جاء في السفر الخامس من (المخصص) وهو يطابق الكولوستروم تماما (المجلة الطبية البغدادية)

الوالدين ولا سيما عَلَى «الوالد»

واما في التربية للنمو الطبيعي ففروض الوالدة هي المهمة والمعتمد عليها ولا دخل للوالد فيها ، الا نادرا وقتيا .

***

والتربية في العائلة توجب ايضا عَلَى الوالدين ان يتعلما ويتقنا جيدا كيفية واصول التربية العقلية الادبية للطفل وليس من الممكن ان يكون ذلك عَلَى العمياء . ودون الاطلاع على السنن الطبيعية فيه .

يخال للبعض : ما اسهل التربية العقلية الادبية للطفل وما اصعبها للفتى .

والحالة هذه ان الامر بالعكس . ان التربية للطفل هي «الاساس» واما للفتى فهي البناء الذي يشيد عَلَى ذلك الاساس وهذا البناء يكون لا دوام له ان كان الاساس عاطلا .

ان الانسان باجراءه فروض التناسل . فالغاية السامية والمقصد المقدس هو : ان يلد او ينتج «انسانا» اي ان يكون هذا المخلوق الجديد متصفا بجميع المزايا البشرية .

ولا يحق لذلك الوالد ان يسمى: «والد انسان» ما لم يكن المولود حاصلا عَلَى الشروط الصحية تماما ومن ثم على الصفات والاقتدار للتكامل نفسا وجسدا .

ان واجبات التربية في العائلة — واجبات الوالدين — لا تنتهي حين ارسال الولد الى المدرسة . بل تدوم وانها لدائمة حتى يبلغ الولد الكمال والادراك وهذا هو : «التربيب»

وبكلمة نقول : ان من واجبات «الوالد» — الاب والام — ان يلد و[illegible] ولدا تام الصحة فيعتني بتربيته محافظا عليه من الآفات الجسدية جميعها ، ليكون هذا الجسد ارضا جيدة تنبت وتنبع بها البذور الصالحة .

وكذا يجب ان هذه البذور لا يخالطها شيء من بذور الزوان والشوك الادبي .

***

سادتي

او ما تعلمون ما هي تلك البذور الرديئة ؟ انما هي الالفاظ غير اللائقة التي تلفظ امام الطفل ويخالها ملقيها : مزحية ، عابرة ، فائتة ، لا يفطن لها الولد

طالما نرى ما يشتم احد الوالدين الآخر امام الولد ، لا بل اقول : ان اكثر المشاجرات بينهما تكون بمنظر ومسمع من الاولاد . انهما غالبا يفعلانه للمزح والتفكه هكذا : قل لامك ، او لهذا وذاك ، كذا وكذا ... من الكلام الردي والشتم .

او ليست هذه هي البذور الرديئة : بذور الشوك الذي يخنق الزرع الصالح لدى نبته ؟

ان الوالدين يفعلان ذلك ويخال لهما بان الولد لا يفهم والحالة هذه ان الطفل ، منذ الشهر الثامن او التاسع من عمره ، تقريبا ، قبل ان يتلفظ بكلمة ما يبتدي يلاحظ ويفهم حتى انه يحفظ تماما اسماء بعض الاشياء . فهذه يفوه ناطقا بها حين ابتداء قابلية التلفظ عنده .

ويكون ذلك عَلَى اندهال من السامعين لانهم يخالون معتقدين بان ما قال تلك الكلمة احد امامه ... فلا يخفى ما لذلك من عظم الاهمية في تربية الاطفال .

ان تلفظ الاطفال بكلمات لا يذكر احد بان قد قيلت امامهم كان يستند عليه بعض الفلاسفة الاقدمين بقولهم : ان اللغة تاتي مرسومة مكتوبة بذهن الطفل عند مولده .

***

« الاصالة »

اما مسألة الاصالة وكرم المحتد فلا يمكننا الآن سوى التنويه عنها لان اهميتها تستحق البحث مطولا ·

ان كل حي من نبات وحيوان له صفات ومزايا خصوصية · فاذا كان متكاملا بها يقال له · اصيل ·

اننا في بلادنا هذه كنا معتنين حق الاعتناء بالمحافظة عَلَى تلك الاصالة عموما · ولكننا يا للاسف ، لم نحتفظ ما سوى عَلَى القليل منها ·

اننا قبل كل شيء اهملنا الاصالة في انواع النبات · فقل من يعلم بها من الزراع · وانهم ربما استهانوا بذكر ذلك بحضورهم · واما الحيوانات فلم يبق عندنا ما سوى الاعتناء بالاصالة عند جنس الفرس لا غير · وهذه ايضا قاربت الزوال · ولكن من الاغرب ، اننا اهملنا هذه الاصالة حتى عند الانسان · فما عدنا نرى الا القليل من العائلات التي تفضل الاصالة وكرم الاخلاق عَلَى المال والسمعة الفارغة في امر الازدواج والتأهل ·

ان الاصالة او كرم المحتد عند الانسان مكتسب ويكون تكامله بالجهد كما انه يتدنى ويفقد بالاهمال وليس كما يخال لبعضهم انه : صفة عنصرية لا يشوبها خلل · اشبهتي بتركيب المعادن العنصرية · وبكلمات اقول : انه تابع سنة التطور التي لا نزاع فيها ·

ان تعريف الاصالة وتحديدها عند الانسان هو جمع المزايا البشرية خلقيا نفسيا ومعها محاسن البنية جسديا متلازمين · لان الاعضاء لها تأثير عظيم في الاخلاق · وبناء عليه ان التعود عَلَى حسن الخلق وافعال الخير مما يصلح بنية الاعضاء عند النسل وهذا هو التطور ·

ان علم القيافة والفراسة مبني عَلَى شكل الاعضاء واحوالها والتصرف بها · · وهذا ما اثبتته ملاحظات الانسان مدة اعصار واكثرها صادقة ولا نزاع فيها ·

عَلَى ان الانسان · كما سبق القول · قادر اراديا من مقاومة اميالة السيئة واصلاح عوائده والتطبع عَلَى كل جيد حسن · فينتقل ذلك الاصلاح نفسيا وجسديا الى الذرية · والعكس بالعكس ·

اوما نرى من من يفتخر باجداده ويرى نفسه اشرف الناس وهو من ادنائهم عريكة · وما ذاك الا لانه يكون قد فقد مزايا اجداده بتهاونه بها ·

اني اورد لكم في المحافظة على الاصالة او الاعتناء للحصول عليها ما هو معمول به · برقتنا هذا عند قسم من اهالي اميركا · واسمه « جمعية اوجيني »(١)

ونصرفهم فيه هكذا : ان العائلة التي يشهد لها تاريخها بان منذ عصر لم يخرج منها حتى شخص واحد له بعض الاخلاق الذميمة · وبعكس ذلك ان جميع افرادها كانوا وهم الان انموذجا في حسن الخلق والعقل والكمال والتسامي في خدمة الامة · فهي تعتني بالمحافظة عَلَى مزاياها ولا يحصل ازدواج بين اولادها الا مع اولاد من عائلة مثلها ·

واما العائلات التي فيها بعض القصور فتراها مهتمة لازالة تلك الشائبة من ميل اولادها للتوصل الى الاصالة التامة ·

سادتي :

اني رأيت لا محيد لي من بيان ذلك كله لكي يعلم الوالدان

---

(١) ان كلمة (Eugenic) قد احدثت من قبل « السر فرانسوا جالتون » الذى انشأ فى « جامعة لوندرة » مختبرا دعاه باسم « Eugenic's Laboratory » وهو فرع من جمعيته توجد ايضا فى لندن تدعى باسم « Eugenic's Education society » ويترأسها السر ليونارد داروين « Sir Leonard Darwin » وهو من نسل « شارل داروين » صاحب المذهب المشهور ويتولى امور الكتابة فيها المستر جوتتو « Mrs Gotto » وقد عقد فى لندن فى عام ١٩١٢ اول مؤتمر دولى للاوجنيك تحت رآسة « السر ليونارد داروين » وقد احدثت عقيب هذا المؤتمر جمعيات الاوجنيك فى فرنسة وفى اميركة والدانيمارك والمانية وايطالية والسويد وهولاندا « المجلة الطبية البغدادية »

باهمية وصعوبة التربية الصحية والادبية للطفل · ولكي يتوقي كل احد من بعيد اوقريب · لاسيما الخدام والبصرين واولاد الجار غير المهذبين من التلفظ بكلام غير لائق او اجراء علامة مذمومة امام الطفل ·

واني حتى اوصي : بان يتحذر الجميع من التلفظ بالكلام حسب تلفظ الطفل · غير المتقن · لان الطفل لدى سماعه تلفظ غيره مثله · لايعود يتدقق ليصلح نفسه · فيبقى غير قادر عَلَى اللفظ الصحيح ·

***

ان الولد الذي تلقى التربية في العائلة بنوع فيه بعض القصور · اعني ان كان قد سمع فحفظ بعض الاقوال غير اللائقة والافعال والاشارات الرديئة · فان هذه كلها لاتلبث ان تظهر عنده عاجلا او آجلا ·

فلا يلومن الوالدان المدرسة او معلميها اذا كان ولدهما اثناء وجوده في المدرسة · اظهر بعض ما يلام عليه من كلام وعمل · · · لان اكثر هذه ربما يكون قد اخذها وهو طفل · اما منهما في العائلة اوممن يتابعها او يخالطها في الازقة ·

وهكذا القول بوجوب نفي الحكايات والخرافات المزعجة المفسدة لتصورات الولد ·

فان لهذه تأثيرات عظيمة عَلَى افكاره حتى عَلَى عقله وحسياته · بل قل حتى عَلَى ايمانه واعتقاداته · ان الاعتقادات الصالحة الجدية ربما امست كلها باطلة وهمية لدى تلقين الخرافات الوهمية ·

ان الوالدة هي الصانعة المكونة الولد كيف شاءت : بطلا مقداما اوعاطلا جبانا · هي التي تغرس في قلبه الاصول وتزرع البذور الصالحة اللائقة منذ المهد ·

وذلك عندما تهدئه مترنمة باقوال تلقنه بها عزة النفس والشجاعة وحب الوالدين والاعتقاد الديني · · · وجميع المبادئ الخلقية السامية · ان ذلك الوقت او الفرصة انما هو الزمان والمكان المعين لالقاء تلك البذور ·

اريد بالزمان والمكان : « الطفولية والمهد »

***

انى اكتفى الان بما سبق من ذكر بعض الافادات والملاحظات في امر التربية · وذلك مما قد بينته تفصيلا في كتاب « منهاج العائلة »

لان العائلة هي صورة الامة وانموذجها الحقيقي لكل منفرس مختبر ·

المقتبسات

تحريات جديدة فى السرطان

اورام الحيوانات ذات الثدايا

تابع ما قبله

٣

درست اربعة انواع من اورام الفار والجردان وهي · (١) السار كوما ذات الخلايا المغزلية للفار (٢) سار كوماجنسون للجردان (٣) احد سرطان الفار المسمى العدد ٦٣ (٤) احد سرطان الجردان المسمى العدد ٩ (حسب تسمية لجنة تحرى السرطان الملكى) وهذه الانواع الاربعة هي في نظر علماء التشريح المرضى معتبرة كاورام اساسية خبيثة

واول مسئلة درست هي قابلية ترشيح السار كوما ولقد اعانني في درسي هذا رفيقي الدكتور بردي Purdy وذلك في الاشهر الاول من عام ١٩٢٤ · وكنا قد دققنا ورم

الجرد العدد ٣٧ —س خاصة وكنا نستحضر مستحلب الورم حسب الطريقة التي ذكرتها في بدء المقال وبعد ذلك كنا نرشحه من مرشح (بركفلد Li) وهذا المرشح يساعد عَلَى مرور (الباسيلوس بروديجيوزوس) B. Prodigiosus ولكن لاتمر منه خلايا السار كوما وكنا نسحق نسيج الورم مع الرمل المبرد الى درجة الانجماد بالحرارة الاعتيادية ١٨ سانتيغراد او بحرارة ٣٧ سانتيغراد وكذلك كنا نبدل مقدار السائل ودرجة حامضيته ولكن بالرغم من كل هذا السعي لم نتمكن وقتئذٍ من الحصول علي ورم بواسطة زرق السائل المرشح الذي يحتوي على خلايا السار كوما . وبعد ذلك تأكدنا من ان السار كوما ٣٧ س ليست من الاورام القابلة للترشح كسار كوما الدجاج التي درسها (روس) وكذلك كان الحال في سار كوما جنسون للجردان

سار كوما الفار العدد ٣٧ — س

اول شيء جربته هو القابلية الحياتية لخلايا الاورام في الوسائط الزرعية الصناعية in Vitro هذا كان تكرار السعي الذي اجريته بينما كنت عضواً في لجنة تحري الكانسر الملكية سنة ١٩١٨ — ١٩١٩ وكانت نتيجة هذا السعي هي ان خلايا الاورام تموت بسرعة حينما توضع في محلول رينجر او في المرق وتترك في حرارة ٣٧ سانتيغراد وتحققت صحة ذلك بالتجربة الآتية : بترنا عدة انواع من الاورام ثم قطعناها قطعات صغيرة بالمقراض ثم اخذنا مقدار ١ س م٣ من تلك القطع ووضعناها في مقدار ٥ س م٣ من محلول رينجر وحافظنا عَلَى قطعة من الورم المقطوع بتركها في محل بارد . وبعد ذلك وضعنا قطعة الورم الموضوعة في محلول رينجر في حرارة ٣٧ سانتيغراد وتركت هنالك نحو ١٨ ساعة ثم لقحنا صفين من الفار يبلغ عددها الاثنى عشر وزرقنا لاحد الصفين من الورم الموضوع في محلول رينجر بعد تفريقه منه بواسطة الترسيب بالسانتريفوج وللاخر بمستحلب الورم المحفوظ في المحل البارد فحصل بالصف الاخير من الفار اورام كاملة في حين ان الصف الاول من الفار بقى سالما .

ليس من السهل ايضاح سبب موت خلايا الورم بهذه السرعة فاضافة المصل تسبب المحافظة عَلَى قابلية الخلايا الحياتية وكذلك يفعل الاوكسيجين ايضاً . فعدم تماس قطعة الورم الموضوعة في محلول رينجر للاوكسيجين الموجود في الهواء يكون سببا مهما لموت خلايا . اذا وضعنا قطعة من الورم (مقدار غرام واحد) في انبوب يحتوى عَلَى مصل الارنب الطري مع المرق وترك الانبوب للحضانة لمدة ٢٤ ساعة ثم اخذ السائل السطحي من ذلك الانبوب وحقن به عدد من الفئران يتكون في خمسين بالمائة منها اورام بعد ١٤ يوماً حتى يبلغ حجمها ٢—٣ جرامات بعد مرور ٤—٥ اسابيع . وهذه الاورام التي تتكون تحافظ على خواص ورم العدد ٣٧ —س فهل تتكون هذه الاورام بتلقيح خلية تعيش في الشرائط اللاهوائية ؟ او هي اورام جديدة حصلت من دخول جرثومة (ويروس) خاصة خرجت من نسج الورم وتكاثرت في الوسط الزرعى . ولقد تحقق لدينا ان الفكر الاخير هو الفكر الصحيح بالتجربة الاتية

اخذت قطعات من الورم السالم يبلغ مقدار كل منها غرامين ووضعت كل واحدة في انبوب يحتوي عَلَى مصل الارنب والمرق ثم وضعت الانابيب في اناء ما كنتوش وفيلدس اللاهوائية الذي افرغ هواؤه بواسطة مضخة جريك (Geryk) وكان كلما قل الضغط الهوائي في الاناء ظهرت فقاعات هوائية في الانبوب وخاصة في سطح نسيج الورم ويثابر على تشغيل المضخة الى ان ينقطع تصاعد الفقاعات الهوائية . ثم ادخل الى الاناء غاز الهيدروجين لتأمين الشرائط اللاهوائية لمدة ثلاث ساعات في حرارة ٣٧ سانتغراد ومن بعد ذلك افرغ الهواء مرة اخرى ففي هذه المرة كان السائل الموجود في الانبوب سخنا فرأيناه يفور في داخل الانبوب من تاثير قلة الضغط الهوائي ثم رفعت قطعة الورم ووضع السائل في حضانة لا هوائية بدرجة ٣٧ سانتيغراد لمدة ٢٤ ساعة . وبعد ذلك اخذ السائل ودور بالسانتريفوج ثم اخذت الطبقة السطحية منه وزرقت لفارة فحدث لها ورم واسع في خلال ١٤ يوما ثم رفع هذا الورم بعد مرور ٢١ يوما وكررت التجربة عليه فاذا اتقن الزرع في الشرائط اللاهوائية تماما يمكن تكوين الورم بنسبة مائة في المائة

تجربة ٣٠ نيسان ١٩٢٥ : وضعت قطعة من الورم السالم (مقدار جرام واحد) في انبوب يحتوي على زرع مركب من مصل الارنب الطري والمرق والغلقوز ثم ترك للحضانة اللاهوائية لمدة ٢٥ ساعة واخذ في ١ مايس ١٩٢٥ اربعة فيران وزرق لكل واحد منهما مقدار ١ س م٣ من المايع الزرعي المذكور . فتكون في ثلاثة من هذه الفيران ورم كبير بعد مرور ١٤ يوم . وهذه التجربه تثبت ان المايع الذي يزرع فيه الورم يحتوي عَلَى مادة اذا زرقت الى الفار وهذه المادة هي تكون الورم بجور الويروس ولكن ان يحصل شبهة فيما اذا كانت الخلايا تبقى حية بعد زرعها ووضعها في الحضانة اللاهوائية وانها هي التي كونت المرض حين زرق المايع الزرعي في التجربة الاخيرة ودفعا لهذه الشبهة نذكر التجربة الآتية :

تجربة ٢٢ مايس ١٩٢٥ عمل الزرع كالتجربة الاخيرة بوضع قطعة من الورم في مصل الارنب الطري الذي يحتوي عَلَى المرق والغليقوز وتركها في الحضانة اللاهوائية في درجة ٣٧ سانتيغراد لمدة ٢٤ ساعة ثم رج السائل وازرق نصفه لفارة A ومن بعد ذلك رشح النصف الاخير من مرشح شامبرلاند « Li » وازرق لفارة اخرى فحصل في النتيجة في كلتا الفارتين ورم واسع وحيث ان السائل بعد ترشيحه من مرشح شامبرلاند يترك جميع الخلايا الموجودة في تركيبه ولا يبقى فيه سوى الجراثيم الصغيرة (الفيروس) فتبين من هذا ان الاورام تحصل من التلقيح بالفيروس وليس من التلقيح بالخلايا . يتضح من هذه التجارب الاخيرة انه يمكن نقل ورم الحيوانات ذات الثدايا بتلقيح المستحلب المرشح العاري عن الخلايا . اذاً يظهر من التجارب التي عملناها ان سار كوما الفار عدد ٣٧—س هي قابلة للنقل كسار كوما الدجاج التي اكتشف نقلها روس . والفرق الموجود بينهما هو ان المادة الكيمياوية في سار كوما روس هى اثبت واقوم من المادة الكيمياوية لسار كوما الفار عدد ٣٧—س فالمادة الكيمياوية المبحوث عنها هى المادة التي وجودها ضروري لحصول السار كوما كما تبين من التجارب التي بحثنا فيها قبل هذا . ان التجارب كلها تبرهن على سرعة تحول تركيب المادة الكيمياوية المذكورة بتأثير الاوكسيجين فعدم نجاح التجارب التي اجريت قبل هذا بخصوص نقل اورام الحيوانات ذات الثدايا كان سببها وضع الورم في الهواء وعدم الاعتناء بتجريده من الاوكسيجين الذي

بؤكسد المادة الكيمياوية الموجودة في الورم . التي وجدوها ضروري لامكان تلقيحه

سار كوما الجرد ومرطان الجرد عدد ٩ (جانسون) ومرطان الفار عدد ٦٣

كان السعي لاثبات وجود عامل مرضي خارجي (ويروس) لسار كوما الفار عدد ٣٧ – س متعباوطويلا للغاية ولذلك استعملنا طريقة غير مباشرة لاثبات وجود فيروس لهذا السار كوم وهذه هي عبارة عن استبدال احد الاوام الثلاثة المذكورة اخيرا بويروس سار كوما روس للدجاج كما هو مبين في التجربة الآتية :

تجربة ١٧ نيسان سنة ٩٢٥ استحضرنا المرشح الولي لسار كوما (روس) للدجاج وكان هذا يشكل سائلا اصفر لزوجيا شفافا واخذنا ١٠ س م٣ من هذا السائل وغمرناه بالكلوروفوم ثم وضعناه في حمام مريم بدرجة ٣٩° سانتيغراد ثم ازلنا الكلوروفوم عن السائل . واخذنا ١ س م٣ منه لقحنا به الدجاجة عدد ٢٥١ ولقحنا دجاجة اخرى عدد ٢٥٢ بمزيج من ٠،٥ س م٣ من هذا السائل الذي جهزناه بزرع قطعة من كارسينوما الفار عدد ٦٣ في زرع مركب من المرق ومصل الارنب والموضوع في الحضانة اللاهوائية لمدة ثلاثة ايام في حرارة ٣٦ سانتيغراد ولقحت دجاجة اخرى عدد ٢٥٣ بزرق ١ س م٣ فقط من المنابع الزرعي لكارسينوما الفار عدد ٦٣ المذكور اخيرا . فكانت النتيجة انه حصل بعد مرور ١٤ يوما ورم في صدر الدجاجة عدد ٢٥٢ التي حقنت بمزيج من السائل المستحلب المرشح لسار كوما روس للدجاج والذي اهلك فيروسه باشباعه بالكلوروفورم (ولكن بقيت فيه المادة الكيماوية) والسائل الزرعي لسرطان الفار عدد ٦٣ القديم المزروع قبل ثلاثة ايام فتوسع هذا الورم وهلكت الدجاجة بمدة ٢١ يوما . واما الدجاجة عدد ٢٥١ فلم يحصل فيها ورم لان السائل الذي لقحت به يحتوي عَلَى المادة الكيمياوية فقط واما فيروسه فكان قد هلك بنتيجة اشباعه بالكلوروفورم وكذلك لم يحصل ورم في الدجاجة عدد ٢٥٣ لانها لقحت بزرع قديم للورم كانت قد تحولت مادته الكيمياوية ولم يبق فيه سوى الفيروس . واما سبب حصول الورم في الدجاجة عدد ٢٥٢ فلكونها لقحت بالمادتين اللازمتين الاساسيتين لحصول الورم وهما الفيروس (الموجود في السائل الثاني) وبالمادة الكيمياوية (الموجودة في السائل الاول) يظهر في نتيجة هذه التجربة التي كررناها عدة مرات ان الفيروس الموجود في زرع كانسر الفار عدد ٦٣ يتمكن من ان يشغل محل ويروس سار كوما الدجاج واما الورم الذي يتكون منه فهو لن يمكن تفريقه من ورم روس للدجاج . والتجارب الآتية تبين اهمية المادة الكيمياوية الاساسية في تكون الاورام .

تجربة ٩ مايس ١٩٢٥ استحضرنا مرشحا رائقا من مستحلب سار كوما روس ووضعنا في انائين مختلفين ١٠ س م٣ من هذا السائل فاضيف عَلَى احد الانائين بضع قطرات من الكلوروفورم واما في الاناء الثاني فاضيف عليه مقدار كبير من الكلوروفورم (اكثر من ١ س م٣) الذي ادى الى اشباعه وترك الاناءان في حرارة ٣٧ سانتيغراد لمدة خمس ساعات .

لقحت الدجاجة عدد ٢٨٤ بزرق ١ س م٣ من السائل الاول الذي لم يشبع بالكلوروفورم ولقحت الدجاجة

عدد ٢٨٥ بمقدار ٠،٥ س م٣ من السائل المذكور آنفا و٠،٥ س م٣ من سائل يحتوي عَلَى زرع من كرسينوما الفار عدد ٦٣ يرجع عهده الى ثلاثة ايام ولقحت الدجاجة عدد ٢٨٦ بزرق ٠،٥ س م٣ من السائل المذكور المخفف بـ ٠،٥ س م٣ من المصل الصناعي . فكانت النتيجة ان حصل ورم صغير في الدجاجة عدد ٢٨٤ بعد ٢١ يوما واما الدجاجة ٢٨٥ فحصل لها ورم واسع بعد مرور ١٤ يوما انتشر الى جميع اطراف الدجاجة واهلكها بمدة ٢١ يوما واما الدجاجة عدد ٢٨٥ فلم يحصل فيها ورم . ثم اجريت هذه التجربة نفسها عَلَى ثلاث دجاجات اخرى ولكن استعمل السائل المشبع بالكلوروفورم المذكور آنفا وكانت النتيجة عدم تكون الورم في جميعها

كارسينوما الجرد عدد ٩ وسار كوما الجرد المنسوب الى (جنسون)

سأبحث هنا عن هذين الورمين معاً للاجتناب عن اطالة المقال زرعناها حسب الاصول المستعمل للاورام الاخرى وذلك بوضع قطعة من كل منهما في وسط زرعي مكون من المرق ومصل الارنب الطري . ان كارسينوما عدد ٩ تنقلب الى شكل دموي بسرعه ولذلك يجب انتقاء ورم جديد لاجل الزرع وبعد تجهيز زرع موافق حينئذ يستعمل لاجراء التجارب وذلك حسب الاصول الذى ذكرناه اخيرا وهو استبداله بويروس سار كوما روس للدجاج .

تجربة ١٥ مايس ١٩٢٥ : اخذ ١٠ س م٣ من المرشح الرائق لمستحلب ساركوما روس للدجاج واشبع بالكلوروفورم ثم زرقت الدجاجة ٢٩١ بمقدار ٥—١ س م٣ منه (وهذا يحتوى عَلَى المادة الكيماوية فقط واما ويروسه فقد هلك بتأثير الكلوروفورم) وزرق كذلك للدجاجه ٢٩٢ ٠،٥ س م٣ من السائل المذكور مع ٠،٥ س م٣ من المصل الصناعي وزرق للدجاجة ٢٩٣ ٠،٥ س م٣ من السائل المرشح و٠،٥ س م٣ من زرع كارسينوما الجرد وزرق لدجاجة اخرى ٢٩٥ ٠،٥ س م٣ من السائل المرشح مع ٠،٥ س م٣ من سار كوما الجرد المنسوب الى جنسن اما النتيجة فهى عدم تشكل الورم في الدجاجة عدد ٢٩١ والدجاجة ٢٩٢ (لانهما حقنتا بسائل يحتوي المادة الكيمياوية فقط) . واما في الدجاجات عدد ٢٩٣ و ٢٩٤ و ٢٩٥ فحصلت بعد مرور ١٤ يوماً اورام واسعة اهلكتهما بمدة ١٨ يوما فيظهر من هذه التجارب ايضاً امكان تكوين المرض بزرق ويروس سركوما الجرد اوكرسينوما (وهو موجود في الزرع المستعمل لتلقيح الدجاجات الثلاث الاخري بنقصه المادة الكيمياوية اللازمة لتكوين الورم والتي زالت من تركيب الزرع لسرعة تحول تركيبها) مع المستحلب المرشح والشبوع بالكلوروفورم (وهذا الاخير يحتوي عَلَى المادة الكيمياوية فقط وقد هلك ويروسه بتأثير (الكلوروفوم) . ولقد ثبت عندنا امكان استحضار العامل المرضى او (الويروس) من ثلاثة انواع من اورام ذات الثدايا وتبين كذلك ان الويروس هو واحد لجميع هذه الاورام لاننا استعملنا ويروس كارسينوما الفار عدد ٦٣ وسار كوما الجرد المنسوب الى جنسون وكارسينوما الجرد عدد ٩ مع السائل المرشح لسار كوما روس للدجاج وكلها ولدت سار كوما الدجاج بعينها . فالخصوصية في تكوين الاورام المختلفة هي اذاً ليست في الويروس بل في المادة الكيمياويه التي وجودها ضرورى ولازم لحصول الورم بالتلقح .

اورام البشر

اكدنا تجاربنا فقط عَلَى ثلاثة انواع من اورام البشرفاني مدين بالمنة الى الدوكتور A. G. L. Read في خصوص موفقيتي بالتجارب التي عملتها على نوع من كارسيتوما الثدي ولقد تمكنا من زرع هذه الكارسيتوما وكان الزرع معدي ولكن ذلك حينالقحنا بهذا الزرع الدجاجة مع المادة الكيمياوي (مرشح مستحلب ساركوما روس للدجاج المشبع بالكلوروفورم) واما الورم الثاني فهو ساركوما اخذت من الفخذ ارسلها Sir Cuth hert Wollace والزرع الذي جهزناه كان غير معد وكذلك لم تحصل نتيجة من تجاربنا عَلَى الدجاج . والورم الثالث كان اوتو كارسينوما للثدي ارسله الى الاستاذ غاسق G. E. G. Gask ولقد زرعنا الورم والعقدات الابطية ولم يكن الزرع معدواجريت التجربه في ٢٣ مايس ١٩٢٥ ونجحنا بها في الدجاج

تجربه ٢٣ مايس ١٩٢٥ : اخذنا اس م٣ من مستحلب ساركوما الدجاج المرشح والمشبع بالكلوروفورم وزرق الى الدجاجة عدد ٢٩٦ ثم زرق الى الدجاجات عدد ٢٩٧ ٠،٥ س م٣ من هذا السائل و ٠،٥ س م٣ من زرع الورم البشري (اوتوكارسينوما) بعد تركه للحضانه اللاهوائية لمدة ٤ ايام ولقد تكون في الدجاجة عدد ٢٩٧ ورم واسع بعد مرور ١٤ يوما واما في الدجاجة عدد ٢٩٦ فلم يتكون ورم . يتضح من هذه التجربة ان اورام البشر لم تختلف عن اورام سائر الحيوانات ذات الثدايا اوساركوما الدجاج في خصوص الانتقال والعدوى . واما عدم النجاح في تلقيح كانسر الثدى وساركوما الساق فلا شك في ان له اسبابا لم نعلمها وتحتاج الى درس آخر .

تحليل المقال

لقد اثبتت تجاربنا ان ورم روس عدد ١ (ساركوما الدجاج) الذي يتكون من الو يروس يمكن زرعه . ثانيا ان ساركوما الفار عدد ٣٧ — س يمكن نقلها وتلقيحها بمستحلب الورم المرشح والعاري عن الخلايا الورمية . ثالثاان كارسينوما الجرد عدد ٩ وساركوما الجرذ المنسوب الى (جنسون) وكارسينوما الفار عدد ٦٣ ونوعا من كارسينوما الثدى للبشر كل هذه تحتوي عَلَى عامل يمكن ان يحل محل ويروس ساركوما الدجاج ولا شك ان هذا العامل هو الويروس ايضا ولكن بقي علينا الآن ان نسعى لتكوين زرع تال من هذا الويروس . وتبين ايضا ان الويروس وحده لا يكفي لتكون الورم في خلايا النسيج السالم ويحتاج الى مادة اخرى (مادة كيمياوية) يمكن استحصالها بسهولة من مستحلب ورم الساركوما للدجاج واني سميت هذه المادة العامل النوعي Spacific factor هناك من يقول ان المادة التي سميتها العامل النوعي هي كمادة Aggressin التي وصفها بيل Bail ولكن الحقيقة ليست كذلك . هناك فرق عظيم بين المادتين ولو كان بينهما تشابه تام . ولايضاح ذلك فلنأخذ مثالا للاغريسين التوكسين الذي يفرزه باسيللوس ولشي (Bacillus welchii) يعزل التوكسين عن الباسيللوس بواسطة الترشيح ويعين منه المقدار الاصغر المهلك للفأر . ثم يؤخذ الباسيللوس المزروع في وسط زرعي صلب ثم يغسل ويزق للفأر حينئذ يظهر ان ليس له ادنى تأثير مضر عَلَى الفأر ويبقى الفأر سالما بعد الزرق ولكن اذا زرق الى الفأرة شيء من التوكسين (آغريسين)

مع الباسيللوس فتمرض الفارة وتموت . وحينما يوضع مع الآغريسين باسيللوس ولشي يحصل انتان باسيللوس ولشي واذا زرق مع الآغريسين Vibriom spetio يحصل الانتان العفني وكذلك اذا زرق جراثيم باسيللوس التيتانوز اليابس والغير المضر مع الاغريسين يحصل انتان التيتانوز يظهر من هذه التجارب ان الانتانات الحاصلة من زرق الاغريسين (توكسين باسيللوس ولشي) مع انواع الجراثيم الاخرى راجعة للجرثومة التي حقنت واما وظيفة الاغريسين فهي تحطيم مدافعة خلايا الجسم باجراء تحول ميكروسكوبي في بنية الخلايا يؤدي بطريقة خاصة (غير معلومة) الى قلب الجراثيم السابروفيتية الغير المضرة في الاحوال الاعتيادية الى جراثيم مضرة تتكاثر في الجسم وتولد انتانات شديدة . يظهر من هذا الايضاح ان الاغريسين الذي له تأثير خاص في حصول بعض الانتانات الميكروبية يشابه العامل النوعي الذي يؤثر في تكوين الاورام من الويروس الخاص .

النتيجة

ان التجارب العديدة التي ذكرت قسما منها في مقالي هذا تبرهن بصورة واضحة عَلَى ان الكانسر (والاورام الخبيثة) هي مرض خاص يحصل من تأثير ويروس خاص ولكن حين اجراء التجارب تبين ان الويروس وحده غير كاف لاحداث الورم ويحتاج الى وجود مادة اخرى (العامل النوعى) تحطم دفاع الخلايا وتؤدي الى فعالية الويروس واجراء خباثته . واما في الاحوال الاعتيادية فالتخرش الدائمي يكون في النسيج حالة خاصة تؤدي الى حصول الانتان وتكون الورم واما المناسبة التي يمكن وجودها بين المخرش والعامل النوعى فهي لم تزل مجهولة وتحتاج الى درس جديد ومن جملة هذه المخرشات قطران الفحم وبارافين الزيوت . ومن الممكن ان الويروس يعيش في الخلايا ويتكاثر فيها ويسبب تكاثر الخلايا وحصول الورم . ولقد بقي لدينا ان نظهر بتجارب جديدة انواع الويروس واوصافها وتدقيق انواع المخرشات التي لها علاقة خاصة في تكوين الاورام .

ص . ش

تفاعل مانويلوف Manoilow

لتفريق دم الذكور من دم الاناث

الدكتور : بوبوف . بترسبرج

عرض الدكتور مانويلوف في المؤتمر الطبي الرومي سنة ١٩٢٣ تفاعلا كيمياويا يجري عَلَى الدم لتعيين الجنسية فاحدث هذا الاكتشاف حينئذ تأثيرا عظيما لما له من الفوائد العديدة التي تجني من تطبيقه في السريريات وخاصة في مسائل الطب العدلي . وقد اشتغل في تطبيق هذا التفاعل كثيرين من اساتذة الطب من جملتهم: Issaeva و: Schachelglova، Gureuitoch، Grunberg وحصلوا عَلَى نتائج مثبتة بمعدل ٨٤—٩٨ بالمائة من تجاربهم وقد تحرى الدكتور بوبوف كاتب المقال نتائج هذا التفاعل فظهر له من التجارب العديدة التي قام بها . ان للغددات الافرازات الداخلية تأثيرا خاصا عَلَى هذا التفاعل .

كيفية اجراء التفاعل : — قد وصفت ثلاث طرائق

لاجراء هذا التفاعل نذكر منها الطريقة الاخيرة وهي التي يفضلها الاساتذة عَلَى غيرها : يؤخذ مقدار ٣ س م٣ من محلول الدم (في الماء المقطر) بنسبة ١٠ —١٢ في المائة ويوضع في انبوب التجربة و يضاف اليه المواد الكيمياوية الاتية :

١٠ قطرات من محلول ال (باپايوتين Pajayotine) بنسبة واحد في المائة و٢—٣ من محلول صبغة داهليا (Dahliafarbe) في الكحول بنسبة واحد بالمائة و١٠ قطرات من محلول البرمنجنات البوتاس في الماء بنسبه واحد بالمائة ثم ٣ قطرات من محلول حامض الهيدروكلوريك بنسبة ٤٠ بالمائة وخمسة قطرات من محلول (ثيوسيامين Thiosiamin) بنسبة اثنين بالمائة وكلما وضع احد هذه المعيارات يحرك الانبوب . فاذا كان الدم المستعمل دم انثى يحافظ المايع عَلَى لونه البنفسجي واذا كان دم ذكر يفقد لونه .

قال الدكتور : اني حينما استعملت محلول الدم لم اكتف بتثبيت نسبة المحلول بل كنت دائما اراعي درجة اللون كذلك وكنت قد اتخذت نسبة ثابتة معينة وهي لون الهيموجلوبين الذي يوافق ٤٠—٥٠ بالمائة من جهاز (تودماس تسليس) واستحضرت اخيرا محلول دم طبيعي بنسبة ٣ في المائة واتخذته انموذجا لاجراء التفاعل المذكور.

لقد جربت هذا التفاعل عَلَى دم ١١١ شخصا وقسمت هؤلاء الاشخاص الى صنفين الصنف الاول هم الاشخاص المصابون بمرض الغدد ذات الافرازات الداخلية والصنف الثاني هم الاشخاص الذين سلمت هذه الغدد عندهم ولقد فحصت دم ٤٠ شخصا من الصنف الاول و ٧١ شخصا من الصنف الثاني فظهرت لي ٦٠ نتيجة مثبتة من التجارب التي قمت بها عَلَى الواحد والسبعين شخصا الذين هم من الصنف الثاني (اي ٨٤٫٥ بالمائة) واما الاشخاص الذين ظهرت نتائج سلبية من فحص دمهم فكان اكثرهم ذوي عضوية متغيرة ومصابين بامراض عضوية مختلفة كالديابطس وتصلب الشرايين او مصابين بالكاشكسيا الدرنية ولاشك ان هذه الامراض تؤدي الى تغيرات مهمة في الغدد ذات الافرازات الداخلية فاذا استثنينا هذه الوقائع القليلة فاظن اننا سنتوصل بهذا التفاعل الى ٩٥ بالمائة من النتائج المثبتة . واما من اشخاص الصنف الاول المصابين بتغير في الغدد ذات الافرازات الداخلية) والذي يبلغ عددهم الاربعين فكانت نسبة النتائج المثبتة التي حصلت عليها من فحص دم ١٧ منهم هي (٤٢٫٥ بالمائة) ومن تسعة اشخاص (٥ ٢٢ بالمائة) الا ان هذه النتائج الاخيرة كانت مثبتة بدرجة ضعيفة للغاية .

وعند فحص دم ١٤ من الاشخاص الاخيرين ظهرت النتائج سالبة بنسبة (٣٥ بالمائة) فيظهر من تجاربي هذه ان النتائج من الاشخاص الذين فيهم نقص او تغير في الغدد ذات الافرازات الداخلية كانت مثبتة تقريبا بدرجة الضعف نظرا الى الاشخاص السالمين .

اما سبب هذا التفاعل فيعطفه كاتب المقال الى الخاصة المؤكدة الموجودة في دم الذكور والتي تحصل بنتيجة الافراز الداخلي للخصية ولقد اجرى المومى اليه تجارب عديدة عَلَى الحيوانات ويقول ان الحيوان الذكر الذي يظهر تفاعلا ايجابيا للتذكير فحينما تقطع خصيتاه تزول الخاصة المؤكدة الموجودة في دمه فيبدأ بظهار تفاعل ايجابي للتأنيث . فكثرة

فعالية الغدد ذات الافرازات الداخلية (الغدة الدرقية) توجب ازدياد المؤكدات في الجسم وتسبب تحولات في التعامل فمثلا الاناث اللواتي فيهم ضخامة الغدة الدرقية يظهرن تفاعلا مذكرا ومن المؤلفين يفسر من ضخامة الغدة الدرقية بما يلي : يقولون ان الافراز المبيضي الداخلي يعدل افراز الغدة الدرقية . فالاخيرة لاتتمكن من اظهار فرط فعاليتها طالما كان المبيض الداخلي فعالا ولكن حينما يطرأ على المبيض تغيرما فيعجز عن تعديل فعالية الغدة الدرقية حينئذ تظهر علامات فرط فعالية الغدة الدرقية ومن ذلك يشكون مرض بازدوو .

ومن ذلك يظهر انه يوجد علاقة شديدة بين فعالية الغدة الدرقية والمبيض ولاشك انه يوجد ارتباط وعلاقة بين جميع الغدد ذات الافراز الداخلي واختلاف فعاليتها يؤدي الى تحول في فعالية الغدد التناسلية . ولهذا السبب يعطف كاتب المقال الوقائع التي يتمكن من استحصال نتيجة مثبتة فيها حين تطبيق هذا التعامل لبقى الجنسية . وبعد الايضاحات المفصلة يلحض مقاله بالمواد الاتية :

١ — يمكن تعيين جنسية الاشخاص السالمين بواسطة تفاعل (مانويلوف) من دون خطأ .

٢ — يحصل هذا التفاعل في الاشخاص السالمين من تأثير الافرازات الداخلية للغدد التناسلية (المبيض والخصية)

٣ — واما في الاشخاص الذين يوجد فيهم تغير في الغدد ذات الافرازات الداخلية فيختلف التفاعل ويكون تابعا لدرجة القابلية التحمضية للجسم .

٤ — ان تزايد فعل التحمض في الجسم الذي يحصل من ازدياد فعالية بعض الغدد (كما هي الحالة من مرض بازدو اي فرط فعالية الغدة الدرقية) يظهر في النساء تفاعلا مذكرا .

٥ — يمكن الاستفادة من معرفة تحول التفاعل الذي يطرأ على دم النساء بنتيجة مرض بازدوو من تعيين ضخامة الغدة الدرقية البسيطة التي يرافقها فرط الفعالية (مرض بازدو) ص . ش

تفاعل كيمياوي لتفريق الاجناس والعروق البشرية المختلفة .

الدكتور مونويلوف — طرسبرج
« القى فى المؤتمر الطبي السوفيتي الروسى الثامن الذى عقد فى ٢٩ مايس ١٩٢٥ » .

بداء الدكتور مونوبلوف في مقاله بذكر الاوصاف التي كانت تعتبر اساسية لتصنيف الاجناس المختلفة من البشر وكان اول من وضع تصنيفا اساسيا هو Linné سنة ١٧٤٠ الذي قسم البشر الى اربعة عروق نظراً الى الوان جلودهم . وقد تبعه من بعد كل من Retzius, Haeckel, Huxley, Blumenthal في تصنيف البشر حسب اوصافهم الظاهرية كشكل الوجه ولون الشعر وضخامة البدن ولون الجلد وبالاخص شكل الرأس .

ان العصريين من الاختصاصيين بعلم تصنيف البشر لا يكتفون بالاشكال الظاهرية فقط لاجراء تصنيفهم بل يعتبرون الافعال الفيسيولوجية والاحوال الروحية وقد

اثبتوا ان الاختلاف الموجود في اصناف البشر المختلفة لا ينحصر في الشكل الخارجي فقط بل يشمل التشكلات التشريحية والافعال الفيسيولوجية المختلفة، كبنية العضلات وقوتها، ثم تشكلات المخ وفعاليته وحتى المبادلات الغذائية والافعال الكيميوية الحياتية · ولقد تبين لديهم اخيرا انه يوجد بعض التفاعلات الكيميوية الدموية التي تنتقل بالوراثة ومن جملة هذه التفاعلات هو تفاعل الاغلوتيناسيون والبكتريوليز، والبرسيبيتاسيون والتعاملات الاخيرة التي عرفناها بحيقوف ·

وبعد هذه المقدمة يرجع كاتب المقال الى البحث عن اكتشافه ويقول انه من الصعب ان يوجد عنصر مستقل بل ان الاقوام المختلفة هي متداخلة بعضها ببعض فالاوصاف التي يكتسبها البنون هي لا شك تنتقل اليهم من الآباء حسب ناموس مندلين المشهور · ولما كان المؤلف قد اكتشف تفاعلا خاصا في الدم لتفريق الذكر من الانثى (بحثنا عنه في محل آخر من هذا العدد) بدأ بالسعي لكشف تفاعل كيمياوي في الدم لاجل تفريق الاقوام المختلفة من البشر مستندا على نفس الاساس الذي ساقه الى اكتشاف التفاعل الدموي لتفريق الذكر من الانثى الا وهو اختلاف المواد الموجودة في الدم والتي تتكون بنتيجة الافرازات الداخلية للغدد المختلفة · وهو يعتقد ان اختلاف الاوصاف في الاقوام المختلفة انما يحصل بنتيجة اختلاف فعالية الغدد ذات الافرازات الداخلية · ومن ذلك تتكون في الدم مواد كيمياوية مختلفة تؤدي الى تحويل بعض اوصاف الدم الكيمياوية كالتأكسد والاختزال · ولقد بنى تجرباته في البلاد الروسية على عرقين اساسيين وهما الروسيون واليهود · واجري الفحص على ٢٠٢ انموذجاً من الدم وكانت النتيجة انه في ١٨٧ تمكن من تفريق دم اليهودي من دم الرومي بنتيجة هذا التفاعل الذي كان صادقاً في ٩١،٧ بالمائة ·

وكان قد استعمل المعيارات الآتية :

١ — محلول زرقة الميثان الكحولي بنسبة $\frac{١}{١٠٠}$

٢ — بنفسج كرسيل (Kerssylviolett) الكحولي بنسبة $\frac{١}{١٠٠}$

٣ — محلول نيترات الفضة بنسبة $\frac{١}{١٠٠}$

٤ — محلول الملح العادي (كلورور الصوديوم) بنسبة $\frac{٤٠}{١٠٠}$

٥ — محلول برمنغانات البوتاس في الماء بنسبة $\frac{١}{١٠٠}$ يجب ان يؤخذ دم الشخص المطلوب تعيين قوميته ويوضع عليه الماء الفيسيولوجي الصناعي بمقدار ٤—٥ امثاله ثم يحرك بواسطة قضيب من الزجاج الى ان يتكون منه مستحلب احمر · يؤخذ من هذا المستحلب الدموي مقدار ٣ س م٣ ويوضع في انبوب زجاجي ثم يوضع عليه قطرة واحد من المعيار الاول وخمس قطرات المعيار الثاني وثلاثة قطرات من المعيار الثالث وقطرة واحدة من المعيار الرابع و ٤—٥ قطرات من المعيار الخامس ويعمل هذا التفاعل عادة على انموذجين مختلفين من الدم يعودان الى شخصين وذلك لتحقيق كون هذين الشخصين من عرق واحد اولا واذا كان من اللازم التحقيق عن قومية شخص واحد يجب فحص دمه ومقارنته بدم شخص آخر معلوم القومية والعنصر (مثال ذلك اذا اريد اثبات كون الشخص

المانيا او عربيا او انكليزيا فيجب فحص دمه ومقارنته بدم شخص آخر معلوم الهوية وثابت انه منسوب الى ذلك العنصر ولم يختلط به دم عنصر آخر) ·

ويجري التعامل الكيمياوي على الانموذجين من الدم بصورة متساوية فاذ بقي لون الدم بعد التعامل الكيمياوي في الانموذجين متشابها فيكون الشخصان منتسبين الى عنصر واحد وقد اجرى المؤلف تجاربه على الروس واليهود في بادئ الامر ومن تكرر الاختبار حصلت لديه ملكة لمعرفة اللون الذي يحصل في دم اليهودي او الدم الرومي · فكان يظهر في دم اليهودي لون ازرق خاسف واما في دم الرومي فكان يحصل لون ازرق محمر او احمر غامق · وبعد ذلك وسع تجاربه وطبقها على اقوام آخرين من المان وبولونيين وارمن · واخيرا يوصي تطبيق هذا التفاعل الكيمياوي في مسائل الطب العدلي ·

ص · ض

عن البرس مديكال الافرنسية :

علاج السمانة او البدانة

— الراحة والرياضة التنفسية —

ام · ج · لغان

ذكرت في كتابي « السمانة وعلاجها » الذي ظهر في سنة ١٩٠٤ ان كثيرين من السمان لم يتناقص وزنهم الا بتأثير الراحة المصحوبة بترتيب غذائي · وافق · واثبت في هذا الكتاب على ذكر رجل يزن ١٠٨ كيلوجرامات وقد باع عربته بعد ان عزم على ان يسعى ماشيا في جميع اشغاله وغرضه من ذلك ان يزيل شيئا من بدانته ولكن لم يفلح العلاج فيه الا بعد ان استطعت ان اقنعه على وجوب ابتياع عربة جديدة طلبا للراحة وتحديد اتعابه البدنية ·

وقد نقلت حكاية مراقب لملجأ من ملاجئ الاطفال المعوزين فكان يزن ٩٥ كيلوجراما وهو يقطع ماشيا اربعة مرات في اليوم الشقة البعيدة التي تفصل بين المستشفى ومنزله وكان يرمي بذلك الى ازالة السمن عن بدنه · وقد قرر اخيرا ان يقطع تلك المسافة بالسيارة ومنذ ان فعل ذلك بدأت بدانته بالتناقص تدريجيا ·

وقد اجمع الرأي في الوقت الحاضر على اهمية الراحة في معالجة بعض انواع السمانة واما الاتعاب البدنية فلا يوصى بها لازالة السمن الا من قبل بعض المتأخرين ·

ويجب ان يضاف الى مسئلة الراحة في معالجة السمانة امر آخر وهو انتظام الحركات التنفسية ·

فاذا كان تنفس السمان غير كاف فان مخافتهم تتم ببطء او لا تتم وذلك ظاهر من ابحاث الاستاذين (روجر وبينث) التي علمتنا ما للرئة من الاهمية في اذابة الشحوم وتصريفها · والى القارئ مشاهدة جديدة عثرت عليها وهي توضح اهمية التنفس في معالجة السمانة :

فتاة حديثة السن في السادسة عشرة من العمر تزن ٨١ كيلوجراما و ٣٠٠ جرام وكانت قد عولجت من قبل احد الزملاء بالراحة المطلقة والحمية الملائمة واستمرت هذه المعالجة ١٥ يوما ومع ذلك لم تر الفتاة تناقصا في وزنها

وعَلَى ذلك جاءت الى تستشيرني في الامر فثبت عندي بالمعاينة ان تنفسها كان غير كاف عندما تمشي او تلعب او تروض بدنها وكان اقل نشاطاً حينما كانت ملازمة للفراش

فاشرت عليها حينئذٍ ان تلازم الفراش مرة اخرى ونعمل بموجب ارشاد الزميل فيما يختص با لغذاء ولكن نصحتها ان نضيف الى ذلك امرا آخراً وهو ان تقوم بحركات تنفسية تنجزها وهي في الفراش · وقد اتيت عَلَى وصف تلك الحركات في مراسلة لي مع الاكديميا العلمية في سنة ١٩٢٤

وكانت النتيجة مربعة تستحق الذكر ندرجها فيما يلي:

٢٨ مايس	٨ كيلو جراما و ٥٠٠
٤ حزيران	٢٨ كيلو جراما و ٧٠٠
١٨ حزيران	٨٤ كيلو جراما و ٥٠٠

ويرتكز العلاج في اغلب حالات السمانة عَلَى اثاف (١) ثلاث : الراحة ، والحمية ، والرياضة التنفسية ·

ومع ذلك فان الراحة لاتنفع اذا كانت تامة بل اننا نحتاج الى مقدار معلوم من الاعمال العضلية يختلف بحسب الحالة الراهنة التي نحن فيها من حيث المرض والصحة ·

والرياضة اذا احسن كيلها (قياسها) ففي وسعها ان تزيل السمن من اشخاص كان الكسل علة تشحمهم وسبب اختلال التغذي في ابدانهم وبعض الاماكن الصحية المختصة بمعالجة السمن تقسم السمانة الى خفيفة ومتوسطة وفارطة وتسعى دائما الى تخفيف القسم الثالث منها بالرياضة العضلية والمشي والتعرق

وعندي ان الراحة اعظم نفعا لهؤلاء من الرياضة وقد رسخ هذا الاعتقاد في فكري رسوخا جعلني ارفض مباشرة السمين الذي يبلغ وزنه ١١٠ كيلوجرامات او ١٤٠ كيلو جراما مالم يطاوعني عَلَى ملازمة الفراش طول مدة المعالجة ·

واذا اجري العلاج بهذه الشروط فان وزن البدن يهبط هبوطا محسوسا وقد عرضت في اجتماع عقد في (اوتيل ديو) في قسم الدكتور (كوصاد) ، مريضا في ال ٤٤ من العمر كان قد هبط وزنه سريعا كما يدل عليه البيان الاتي :

١١ تشرين الثاني ١٩٢٤	١٣٧ كيلوجراما
٢ كانون الاول	١٢٩ كيلوجراما و ٣٠٠
١٣ كانون الثاني ١٩٢٥	١٢٣ كيلوجراما و ٤٠٠
١٨ مارت	١٢٠ كيلوجراما و ٨٠٠
٣ مايس	١١٥ كيلوجراما و ٨٠٠
١ تموز	١١٤ كيلوجراما و ٨٠٠
٧ تموز	١١٣ كيلوجراما و ٢٠٠
١٣ تموز	١١٢ كيلوجراما و ٢٠٠
٢٢ تموز	١١٠ كيلوجراما و ٢٠٠

قال الاستاذ (بوشار) في كتاب له في الامراض الناشئة عن بطاءة التغذي : « ان البدانة وهي مرض الاكول النهم والكسلان ، لا تنشأ في نصف الحالات لا عن اساءة التصرف بالاكل ولا عن فقدان الرياضة» ·

والحقائق التي اوردتها تبرهن عَلَى ان الافراط في الرياضة ربما كان في بعض الاحيان من العوامل التي تؤدي الى البدانة · وقد رسخت في ذهني هذه العقيدة منذ عام

(١) الاثافي الثلاث ترجمة Trépied

١٩٠١ ولم احل عنها حتى هذا اليوم وهناك مشاهدات واختبارات عديدة نؤيدها ·

ولا يقبل هذا الرأي من كان من الذين لم يزالوا يحاولون حل مسئلة البدانة عَلَى قواعد المقياس الحروري (الكالوري) ويجب على ان اضيف الى ماتقدم ان كثيرا من المؤلفين يعتقدون ان البدانة ليست سوى مسئلة تناسب بين الوارد والمصروف الذي ينقص كل يوم ·

ومسئلة تكون البدانة مغلقة جدا وجميع المعلومات التى حصلنا عليها منذ سنوات عديدة حول السمانة التسممية والسمانة الغدية المنشأ والانتانية والعصبية (اي الناشئة عن آفة في الدماغ) فانها كلها تشير الى غموض المسئلة وتعقدها وجاءت تلك المعلومات مساندة للافكار التي ابديتها سواء كان في محاضرتي او في كتابي ·

وقد كتبت منذ ان نشرت كتابي والقيت محاضرتي ان كل سمين هو مريض والسمانة لم تكن الا عرضا من اعراض المرض الذي اصيب به · ولم تبد لي السمانة كمرض قائم بذاته بل انها هي عرض لايقوم وحده بتكوين حالة مرضية مستقلة كما هي الحالة في التشوهات الناشئة عن الرثية (الروماتيزم) المزمنة والترسبات العقدية المنبعثة عن النقرس ·

لم يكن تراكم الشحوم في البدن — عَلَى رأيي — سوى حادثة ثانوية لاتستحق لوحدها ان يلفت اليها نظر الاهتمام فان هناك مرضا اذا شفي فان شفاءه يقضي عَلَى السمانة ·

ليسمح لي القارئ ان اذكره بانني قد حاولت في كتابي وفي محاضرتي ان اوجد وثاقا عاما يربط جميع انواع السمانة وقد سعيت لان اقنع الجمهور بان ذلك الوثاق هو المجموع العصبي) مبرهنا عَلَى هذا الادعاء بشواهد سريرية عديدة اقتبستها من مشاهدات الاساتذة «موزني» و«بوفومه» و «لاندوزي» و «رومبرج»

حتى انني لم اخش بأسا وقتئذٍ بقولي ان من المحتمل ان يهتدى يوما من الايام الى تعيين مركز في الدماغ يتولى تنظيم وزن البدن كما اهتدى الى تعيين المراكز الناظمة الاخرى ·

وكل مالدينا من الابحاث الان تقربنا من هذه النظرية وقد اسفرت جميع الابحاث التي قام بها العلماء الاعلام عن نتائج اعتبرتها حججا دامغة لصحة دعواى ·

والسمانة التسممية والغدية والانتانية والعصبية ومابينها من الحدود الصريحة تدلان دلالة اكيدة على ان المعلومات التي تدور حول المقاييس الحرورية (الكالوري) هي بعيدة عن ان تقوم بحل هذه المشكلة ·

وهناك بعض الوقائع التي انخفض فيها وزن البدن بتحديد الغذاء ·· فان انكار هذه الوقائع معناه انكار البداهة ولا ينطوي عَلَى معنى من المعاني · ولكنني حتى في هذه الوقائع النادرة رأيت ان استدعي (المجموع العصبي) لايضاح كيفية حصول النحافة · واعتقد ان تهيج الضفيرة العصبية الشمسية الذي يحدث بنتيجة سوء الهضم، هو الذي يتوسط بين المركز العصبي الناظم لوزن البدن وبين السمانة ·

وهذا التهيج الذي ينتاب الضفيرة الشمسية يفسد عمل المركز الناظم الذي ينظم سير تصريف الشحوم في البدن وتظهر السمانة ·

واذا استخدمنا تلك الضفيرة في تعليل السمانة فيسهل علينا اذا الاجابة عن سؤالنا لماذا زال السمن عن اشخاص

لم اعدل ادخالاتهم الغذائية بل وجهت عنايتي في معالجة فساد الهضم الذي اصابهم في الغالب بسبب الافراط في الجماع والانهماك في الاشغال الذهنية وشدة الاهتمام بواجبات الوظيفة وكثرة الاتعاب البدنية .

واذا اهملنا مداخلة «المركز الناظم» يكون من الصعب تعليل تزايد الوزن بادخالات غذائية قليلة كما ذكرت في مراسلة لي مع جمعية المعالجة في شهر نيسان سنة ١٩١٩

كيف نستطيع ان نفهم السمانة الموضعية والتورم الشحمي المتناظر Les Lipomatoses Symétriques والسمانة التروماتيكية Les Obésités rauma-tiques ، اذا لم نعتبر تداخل ذلك المركز ؟

وقبل ان اختم مقالي اود ان اذكر عملية « الرياضة التنفسية » البسيطة التي جربت عليها في معالجة مريضي السالف الذكر وقد اتضح لي ان هذه العملية تفوق جميع ماينا كلها من حيث تنشيط حركات الحجاب الحاجز التي تثاقلت جدا في السمان ، كما انها من افضل الوسائل واعظمها تأثيرا في دعوة عضلات البطن للاشتراك في الاعمال التنفسية

وهذه الرياضة التنفسية لاتحتاج الى تحريك الذراعين الذي ظهر لي دائما انه بلا جدوى او مضر .

وطريقة العمل هي ان يخرج المريض نفسا طويلا على نحو مايكون وهو ينفخ في لهب شمعة يريد اخماده بدون ان ينطفئ . والمريض يقوم بذلك بعد ان يأخذ نفسا خفيفا من انفه ويجوز انجاز هذه العملية في جميع الاوضاع سواء كان في القيام او القعود او الاضطجاع او المشي

فاذا كان الزفير قد استمر الى زمن كاف فانه ينتهي حتما بشهيق شديد لامرد له

ونظام هذا التمرين ينبغي ان يكون على الوجه الاتي : يثابر على انجاز الزفير بالطريقة المرسومة انفا خمس مرات متوالية . ثم يكرر ذلك مرة في كل نصف ساعة حتى يبلغ ١٥ او ٢٠ مرة في اليوم .

واذا سألني القراء كيف يكون تأثير هذه الرياضة التنفسية في اذابة الشحوم ، اجبتهم ان للرئة شأنا عظيما في تخريب الشحوم كما دلت على ذلك ابحاث الاستاذين روجر Roger و بينت Binet . فاذا تحسنت الاعمال التنفسية ، كان تحسنها مصحوبا بهبوط وزن البدن .

ولا انكر ان هناك اعمالا كيماوية عديدة ومعقدة تتولى القيام بهذا الامر ، ولكنني لما كنت قد استدعيت المجموع العصبي لتعليل السمانة ، فهل لا يحق لي ان اتسائل فيما اذا كان هذا المجموع العصبي نفسه قد ازال السمن كما احدثه بطريقة جديدة نشأت عن تحسن امر التهوية في الرئة ؟ .

اذا اصبح التنفس اكثر نشاطا فان فعله يسري على جميع الاعضاء وبالنتيجة يؤثر في جميع الوظائف اما مباشرة واما بالواسطة . فيحسن مثلا دوران الدم في الكبد : فهل لا يعد هذا تغييرا خطيرا في الاعمال الاغتذائية . وفضلا عن تحسن الدوران الدموي في الكبد نرى ان التحسن يشمل الدوران الدموي المعوي فيكون هذا باعثا على انتظام الهضم وعودته الى الحالة الطبيعية .

ه . الوتري

عن مجلة مونيخ الطبية :

حول معالجة مضاعفات السيلان المجروي

بتطعيم الزلال الذاتي

الدكتور هوجو هيخت (براغ)

Dr. Hugo Hecht in prag

ان ما حدا بي الى كتابة هذه الاسطر هو المقال الذي كتبه الدكتور (امريخ اورزوس) (Emerich. J. Orsos) في العدد ٤٣ من هذه المجلة (المجلة الطبية المونيخية) ، تحت عنوان « طريقة جديدة وبسيطة لتجهيز الطعم الذاتي » وهي مقالة تناولت البحث في تجهيز طعم ذاتي (Autovaccine) يقوم بمعالجة الآفات الصديدية المتنوعة ومن جملتها السيلان المجروي (حرقة البول) . وقد ختم هذا المقال بنقد المساعي التي قمت بها في عام ١٩٢١ (١) وفعل ذلك قبل ان يتم تحقيق هذه المساعي بالاختبار ، على انني قمت من ذلك الوقت بتوسيع نطاق التجارب بالطريقة التي اكتشفتها حتى تم لي الى حد الآن ان اعالج بها نحو ١٥٠ حالة من حالات مضاعفات (Complications) السيلان المجروي . ولم يقم بتجربة طريقتي غير اوسوالد (W. Osswlad) الذي قال عنها انها طريقة يحسن استخدامها . وقد اورد النتائج الحسنة التي حصل عليها باستخدامها في معالجة التهاب غدة البروستات والبربخ وارتشاحات مجرى البول . ومع ذلك فهناك من انكر هذه الطريقة كما هو الواقع في جميع طرائق التطعيم .

وقد امكن تسهيل استحضار الطعم وجعله بسيط جدا باضافة التريبافلافين (Tripaflavin) بحيث اصبح في هذه الحالة مستعدا جدا لتطمين احتياجات المارس واليك بيان الطريقة :

يرسب البول الصديدي بالدوران الرحوي (Centri-fugation) . ثم يغسل الراسب مرتين بمذاب الملح المعقم . ومن ثم يمزج مع اربعة امثاله من محلول ملح الطعام ويضاف اليه بضع قطرات من محلول التريبافلافين المركب من المواد الآتية :

Trypaflavin 0,10 Cent
Chlorur de sodium 0,50 Cent
Eau distilée 75.0

يوضع هذا المحلول في زجاجة تنقيط ويقطر منها قطرة واحدة على كل ١ سم٣ من الطعم المراد تجهيزه والطعم المجهز على هذه الصورة يرج قبل استعماله ثم يحقن منه ٠،٥ سم٣ داخل العضلات مرة في كل ثلاثة او اربعة ايام .

وتجهيز الطعم بهذه الطريقة مما يغني الطبيب عن التعقيم الذي يستغرق وقتا طويلا ويمكن له بهذه الطريقة من ان يجهز الطعم بمدة لا تتجاوز الساعة او الساعتين حينما تمس الحاجة اليه .

وفي المستشفيات حيث يحتاج المرء الى تجهيز الطعم عدة مرات في اليوم ، يحسن لترسيب الصديد من البول استعمال انبوب زجاجي (١) رقيق الطرف يسع ٢ — ٢٠٠ سانتيمتر

(١) المجلة الطبية البغدادية: يقول الدكتور (اورزوس) ان طريقة افضل من طريقة (هوجوهيخت) من وجهين (١) انها بسيطة ورخيصة (٢) ان الدكتور (هوجوهيخت) يسبب فقدان جانب عظيم من الزلال الحساس ويفسده بالغسل والطبخ وخاصة باستعمال حامض الفنيك

(١) على نحو الـ (Burette)

مكعب ينتهي طرفه الرقيق الاسل بفوهه يركب عليهـا انبوب من المطاط يسد بحابس

يوضع في الانبوب الزجاجي البول المراد تحضير الطعم منه فيرسب الصديد بعد مدة وجيزة في طرف الانبوب بقوة الجاذبيـة واذا تم ذلك فمن السهل جدا نقل هذا الراسب الى انبوب البارم (السانتريفوج) بواسطة انبوب المطاط ومتابعة العمل في تجهيز الطعم حسب الطريقة المرسومة آنفا ·

ص · ش

الشؤون

التقارير الصحيه :

ملخص تقرير تشرين الاول سنه ١٩٢٥

لمصلحة الصحة العراقية

الموظفين

القسم الاول ·

١ — بعدان اكمل منشي افندي حيامدة ستة شهور التجربة بصورة مرضية ثبت في وظيفته بصفة معاون مدير المدخر الطبي في بغداد اعتبارا من ١،٩،٩٢٥ ·

٢ — التحق الدكتور موشي افندي عزرا بمصلحة الصحة وتعين لمستوصف بلدية الكرادة اعتبارا من ١،١٠،٩٢٥

٣ — التحقت فهيمة بمصلحة الصحة وتعينت ممرضة تحت التدريب في المستشفى الملكى في الموصل اعتبارا من ١،٩،٢٥ ·

٤ — التحقت شوشان بمصلحة الصحة وتعينت ممرضة تحت التدريب في المستشفى الملكى في الموصل اعتبارا من ١،١٠،٢٥

٥ — منح الكاتب المستر بي · جي سوامي الموظف في مديرية الصحة العامة في بغداد اجازة محلية في ٣،١٠،٢٥ و ٤ منه ·

٦ — تحول الدكتور توفيق افندي الشهابي من مستوصف بلدية كربلا والتحق بمصلحة الصحة وتعين طبيبا للمستشفى الملكى في النجف اعتبارا من ٤،١٠،٢٥ بدلا من الدكتور فتحي افندي راغب الذي تحول ·

٧ — عندما حل الدكتور توفيق محل الدكتور فتحي افندي راغب نقل الدكتور فتحي افندي راغب المذكور وتعين رئيسا للصحة في لواء الدليم بدلا من الدكتور مانكالام الذي تحول · وتسلم الدكتور راغب شؤن طبابة رئاسة الصحة في عصر ١٧،١٠،٩٢٥

٨ — عندما حل الدكتور فتحي افندي راغب محل الدكتور مانكالام نائب رئيس الصحة للواء الدليم تعين الدكتور مانكالام المذكور طبيبا للمستوصف الملكى في عنه اعتبارا من ١٨،١٠،٢٥؛

٩ — تسلم الدكتور فائق شاكر رئيس صحة لواء كربلاء موقتا شؤن طبابة بلدية كربلاء علاوة على وظيفته وذلك اعتبارا من ٣،١٠،٢٥ بدلا من الدكتور توفيق الشهابي

١٠ — منح المستر بي · اف رودريك ملاحظ معهد المصل التلقيحي في بغداد اجازة من ٥ — ١٠ — ٢٥ واستأنف وظيفته في ١٤ — ١٠ - ١٩٢٥ ·

١١ — منح معاون الطبيب عبد الرحمن القائم بادارة المستوصف الملكي في الفاو اجازة محلية قدرها يومين اعتبارا من ٥ — ١٠ — ٢٥ واستأنف وظيفته في ٧ — ١٠ — ٢٥

١٢ — منح زاناتان بمرور سائق سيارة المستشفى الملكى في الديوانية اجازة قدرها ٣ ايام اعتبارا من ٥ — ١٠ — ٢٥ واستأنف وظيفته في ٨ — ١٠ — ٩٢٥

١٣ — منح مهدي تقي الملقح السيار في بدرة (لواء الكوت) اجازة قدرها ٨ ايام اعتبارا من ٦ — ١٠ — ٢٥

١٤ — عاد المستحضر محمد كاظم من اجازة ١٩ يوما التي اخذها واستأنف وظيفته في المستشفى الملكي في الكاظمين في ٧،١٠،١٩٢٥

١٥ — بعد ان اكمل الصيدلي خضوري افندي وظيفته الموقتة في المستشفى الملكي في الكاظمين وحل محله المستحضر محمد كاظم · نقل الصيدلي المذكور الى بغداد واستأنف وظيفته في المدخر الطبي الملكي في بغداد في ٧،١٠،١٢٩٥

١٦ — استقال المضمد آدم منصور الموظف في المستوصف الملكي في بلد سنجار ورقن قيده من مصلحة الصحة اعتبارا من ٨،١٠،١٩٢٥؛

١٧ — عاد الصيدلى حنا افندي من اجازة شهرين التي اخذها واستأنف وظيفته في المستشفى الملكى في كركوك في ٨،١٠،١٩٢٥

١٨ — بعد ان كمل الصيدلي حبيب افندي فتح الله وظيفته الموقتة في المستشفى الملكي في كركوك وصل محله الصيدلي حنا افنـدي نقل هذا الى المستشفى الملكي في الديوانية اعتبارا من ١٣،١٠،١٩٢٥ وباشر وظيفته في صباح ٢٠،١٠،١٩٢٥

١٩ — منح الكاتب اسطيفان افندي نصوري الموظف في مديرية الصحة العامة اجازة يوم واحد في ١٠،١٠، ١٩٢٥

٢٠ — منح عمانوئيل افندي مضبوط الملاحظ في مديرية الصحة العامة اجازة قدرها ٣ ايام اعتبارا من ١٢،١٠، ١٩٢٥ واستأنف وظيفته في ١٥،١٠،١٩٢٥

٢١ — منح معاونو الصيادلة الاتي ذكرهم ادناه اجازة (من دون راتب) لحضورهم دورة التدريس في مدرسة الصيدلة في بغداد اعتبارا من ١٢،١٠،١٩٢٥

(١) داود سلومون — موظف في مستشفى تذكار مود في البصرة

(٢) سليم عاشير — » » »

(٣) يوسف يعقوب — » » »

(٤) واهرام خانامیریان — » في المستشفى الملكى في الكوت

(٥) توفيق عبد الكريم — » » » خانقين

٢٢ — التحق معاونو الصيادلة الآتي ذكرهم ادناه بمصلحة الصحة وتعينوا في مستشفي تذكار مود في البصرة اعتبارا من ١٢،١٠،١٩٢٥

(١) عبدالله سلمان

(٢) ناجي فرج

(٣) حامون عاشير

٢٣ — عادت الممرضة اسومة الموظفة في مستشفى تذكار مود في البصرة من اجازة شهر التي اخذتها واستأنفت وظيفتها في ١٢،١٠،١٩٢٥

٢٤ — منح الملقح عبـاس افندي الموظف في المخفر الصحي في خانقين اجازة قدرها ٣ ايام خلال الشهر

٢٥ — منح الصيدلي انطون افندي وهو الموظف في

المستشفى الملكي في اربيل اجازة قدرها ٨ ايام اعتبارا من ١٧ـ١٠ـ٢٥ واستأنف وظيفته في ٢٠ـ١٠ـ٢٥

٢٦ ــ عادت المعرضة المس اي · جي سنيلكروف من الاجازة التي قضتها في المملكة المتحدة ووصلت بغداد بالطريق البري في عصر ١٨ ــ ١٠ ــ ٢٥ وتعينت موقتا في مستشفى التجريد الملكي في بغداد اعتبارا من ذلك التاريخ ·

٢٧ ــ عادت المعرضة المتقدمة المس ام · ايفنس الموظفة في السكة الحديدية في جانب الكرخ من اجازة ٢٣ يوما التي اخذتها محليا واستأنفت وظيفتها ١٨ـ١٠ـ٢٥

٢٨ ــ استقال يوسف افندي نامق الموظف الصحي في السماوة في ٣٠ـ١٠ـ٩٢٥ ورقن قيده من مصلحة الصحة العامة اعتبارا من ذلك التاريخ ·

٢٩ ــ منح الكاتب اسطيفان افندي نصوري الموظف في مديرية الصحة العامة في بغداد اجازة ٤ ايام اعتبارا من ٢١ـ١٠ـ٩٢٥ واستأنف وظيفته في ٢٥ـ١٠ـ٩٢٥

٣٠ ــ استغني عن خدمات الراهبة ابلودي الموظفة في المستشفى الملكي في بغداد ورقن قيدها من مصلحة الصحة اعتبارا من صباح ٢٣ـ١٠ـ٩٢٥

٣١ ــ التحقت الراهبة انطوان دي لا كروا بمصلحة الصحة وتعينت في المستشفى الملكي في بغداد اعتبارا من صباح ٢٣ـ١٠ـ٩٢٥ بدلا من الراهبة ابلودي ·

٣٢ ــ تحول المضمد خوشابه بن هرمز الموظف في المستشفى الملكي في الموصل وتعين في المستوصف الملكي في بلد سنجار بدلا من المضمد ادم منصور الذي استقال وذلك اعتبارا من ٢٤ـ١٠ـ٩٢٥ وباشر وظيفته في بلد سنجار اعتبارا من ذلك التاريخ ·

٣٣ ــ التحق المضمد سليم داود ساعور بمصلحة الصحة وتعين في المستشفى الملكي في الموصل اعتبارا من ٢٥ـ١٠ـ٩٢٥ بدلا من المضمد خوشابه ·

٣٤ ــ منحت الممرضة المتقدمة المس ا· اس اليشروود الموظفة في مستشفى التجريد الملكي في بغداد اجازة محلية قدرها ٥ ايام اعتبارا من ٢٦ـ١٠ـ٩٢٥ واستأنفت وظيفتها في ٢١ـ١٠ـ٩٢٥

٣٥ ــ نقلت الممرضة المس اي · جي سنلكروف الموظفة في مستشفى التجريد الملكي في بغداد وتعينت في مستشفى تذكار مود في البصرة اعتبارا من ٣٠ـ١٠ـ٩٢٥

٣٦ ــ عاد الملقح السيار نوري علي بعد ان قام بوظيفة التلقيح الموقتة في لواء المنتفك واستأنف وظيفته في معهد المصل التلقيحي في بغداد في ٣١ــ١٠ــ١٩٢٥

٣٧ ــ استغني عن خدمات المضمد نوري حسين شاه الموظف في المستشفى الملكي في الديوانية لتخفيض عدد الموظفين وذلك منذ ٣١ــ١٠ ــ ١٩٢٥ اي من تأريخ عودته الى الهند

عمومي

القسم ٣

ان الملاريا في العراق تحدث بصورتين استيلائية وسارية تحدث الاصابات السارية بالملاريا في المناطق الاستيلائية بواسطة ورود اصابات جديدة قد تكون حاوية انواعا جديدة من الطفيلي وبورود او باجتماع عدد عظيم من الاشخاص الذين لم استعداد لهذا المرض او بضعف المقاومة الناجم عن قلة الغذاء اوعن عدم وجود الكينين

لمداواة المصابين كما ينبغي · ولمداواة المصابين المداواة اللازمة في المناطق التي استولت عليها الملاريا تأثير عظيم في منع سراية المرض ·

اما الملاريا المستولية فيصاب بها الناس في مساكنهم وتنتشر غالبا من فرد الى آخر من افراد العائلة او الجماعة فهي اذا من الامور العائلية ويمكن تقليلها بالتقارب الموجود بين مصدر المرض البشري والهوام الناقل والانسان الذي ينقل المرض اليه · لذلك يجب في المناطق التي انتشرت فيها الملاريا بصورة استيلائية ان تبيض جدران غرف النوم مرارا عديدة وان تحفظ الغرف نظيفة وخالية من خيوط العنكبوت التي تحتوي على البعوض وكذلك ينبغي تبييض الاصطبلات المجاورة للبيوت · وعلى الاهالي ان يضعوا نصب اعينهم استئصال جميع البعوض الموجود داخل البيوت وخارجها والاماكن المجاورة لها · ولا يعيش البعوض الملوث الا داخل البيوت فاتلاف هذه الهوام في المحلات التي تأخذ العدوى يفيد اكثر من السعي في اتلافها في المحلات التي تتولد فيها لا سيما في المحلات التي قد تكون فيها المبالغ المرصودة للتدابير الصحية محدودة كما هي في هذا القطر ·

يجب ان نضع نصب اعيننا ايضا هنا اعداد مصلحة الصحة مجهزة بكامل المعدات الطبية وبموظفين مدربين التدريب التام فيكون حينئذ امر مكافحة الملاريا من الاشغال اليومية المختصة بالامراض السارية عوض ان يتخذ لها نظام خاص

ويجب استحصال عدد الاصابات والوفيات بالملاريا كما امكن ذلك ومن الضروري حفظ سجل كامل للوفيات ·

(٢) الاجازة

لوحظ انه احيانا لا تسجل الاجازات المحلية المعطاة لموظفي الصحة بدون اشعار مديرية الصحة · ونظرا لضرورة ذلك لا سيما فيما يختص بالموظفين الذين يؤدون التقاعد يجب ان يلاحظ انه من واجبات رؤساء الصحة واطباء المراكز الموكول اليهم ادارة المؤسسات الصحية ان يشعروا هذه المديرية كما اعطوا اجازة الى احد موظفي الصحة ·

(٣) قانون الطوابع العراقي

لم تزل ترد بعض المستندات الرسمية ولم تبطل الطوابع التي عليها بصورة مرضية فتلفت انظار جميع موظفي الصحة الى المواد العائدة لذلك من قانون الطوابع حول ابطال الطوابع كما يجب ·

ملخص التقرير الشهري لادارة صحة العاصمة

لشهر كانون الاول سنة ١٩٢٥

الولادات والوفيات :

ولد في بغداد في شهر كانون الاول ٤٩٨ طفلا ٣٧٧ منهم في الرصافة و١٢١ في الكرخ وقد توفي في خلال الشهر المذكور ٤١٧ شخصا ٣١٠ في الرصافة و١٠٧ في الكرخ فكان معدل الولادات ٢٠،٧ بالالف سنويا ومعدل الوفيات ٢٠،٧ بالالف سنويا وقد بلغ مجموع وفيات الاطفال الذين بين السنة والخمس سنوات من العمر ١٠٧ «وهو نحو ربع جميع الوفيات»

الامراض السارية في العاصمة :

الحصبة ٤٧ — التيفوئيد ١٩ — السل ١٧ — الجدري ١٠ — الزحير ٦ — الطاعون ٥ — الخناق ٥ — داء الحمرة ٣ — الملاريا ٣ — البلهارزيا ٢ — الحمى النفاسية ١ — الرعام ١ — التهاب النكفة ١ — الجذام ١ — الكزاز ١ —

اشغال مستوصف الامراض الزهرية :

اجرى الكشف الطبي في غضون الشهر على ١٦٠ مومسة مع راقصة وكان عدد تطعيم بالسالفرسان ٩ — وعدحقن الزئبق ٤٠ — وارسلت ٦ مومسات الى مستشفى الاعتزال للتداوي هناك وارسل ايضا ٧٠ صفحة للسيلان الى المختبر التحليلي للفحص البا كتريولوجي ووجد ٢٢ منها مثبتة .

وقد بلغت واردات المستوصف الزهري لشهر كانون الاول سنة ١٩٢٥ (١٣٨٠) ربية .

اشغال الامومة ومداراة الاطفال :

ان عدد المرضى الذين عولجوا من قبل مرشدات الصحة كان كما يلي :— الدهانة ٣٢٦٦ — الحيدرخانة ١٣٣٩ — باب الشيخ ١٥٢٦ — صوب الكرخ ١٠٨١ المجموع ٧٧١٢ الذي قابل مجموع ٨١٥٨ في الشهر المنصرم وقد ادين ٦٢١ زيارة للاطفال في بيوتهم وكشفن على ٣٨ جثة من النساء وزرن ١٥ مريضة في بيوتهن ونقلن مريضة واحدة الى المستشفى ودعين عند ولادة واحدة وطعمن ٥٧ شخصا ضد الطاعون .

وقد ادت رئيسة القوابل ومعاونتها ١٠ زيارة للقابلات في بيوتهن ودعين عند ٦ ولادات صعبة وحققنا عن وفيتين اثناء الولادة وزارتا ٧ مريضات في بيوتهن ونقلن مريضة واحدة الى المستشفى .

اعمال الصيادلة ومراكز الصحة :

١ — فتشت مضخات الماء خلال الشهر واجرى تعامل الكلورين فكان جيدا .

٢ — ان مدرستي مفتشي الصحة والقابلات سائرتان بانتظام وقد جرى خلال الشهر امتحان ست قابلات كن قد تأخرن عن الدورة الماضية و٢ منهن كانتا قد اكملتا التدريبات العملية والنظرية في المستشفى الملكي .

٣ — وقد بلغت واردات المراكز الاربعة خلال الشهر ٨ — ٨٦٨ ربية .

٤ ان درجة الحرارة كانت كما يلي :

درجة الحرارة العليا	٨٠،٤٠	في ٣ كانون الاول
« « الدنيا	٥١،٨	« ٣١ منه
« « الوسطى	٦٩،٥٠	
درجة البرودة العليا	٥٤،٥	في ١١ منه
« « الدنيا	٣٤،٤	في ٢٢ و ١٣ منه
« « الوسطى	٤٤،٣	
الرطوبة	٨٠	
مجموع الامطار	٢٧ منه بالمائة	

٥ — وقد صنعت خلال الشهر في (٢٧) صيدلية (١٥٢٨٣) وصفة من قبل (٦٩ طبيباً) والواردات (٩١٨٤) روبية فيكون معدل ثمن كل وصفة ٩) آنات و (٧) بايات

٦ — وقد باشرت دائرة الصحة باتخاذ الاجراآت القانونية ضد اصحاب الحمامات الذين لم ينقلوا مزابلهم خارج العاصمة حسب الاوامر الصادرة من هذه الدائرة قبل سنة ونصف .

اعمال مراكز مداواة العيون وصيدليات العاصمة .

المركز	عدد مداواة امراض العيون	عولجوا في الصيدليات
الحيدرخانة	٧٥٧	—
الدهانة	٢٣٤٢	٢٨٢٤
باب الشيخ	٦٩٩	—
صوب الكرخ	٦٠١	١٧١٠
المجموع	٤٣٩٩	٤٥٣٤

تجهيز المياه :

جهز لمدينة بغداد تقريبا ٥٠ مليون كالون من الماء اي (٦،٤٥) كالونات لكل نسمة يوميا و (٢٠٠) كالون شهريا .

وقد حلل ماء النهر الغير المطهر بالكلورين ووجدت جسيمات عضوية في ١ — ١٠٠ او ١ — ١٠٠٠ ومجموع الجسيمات التي عثر عليها كانت على الوجه المعدل (١٩٠٢٠٠) الذي يقابل مجموع (١٨٠٠٠٠) في الشهر المنصرم

وقد حلل (٢٨) انموذجا من الماء المطهر بالكلورين وعثر على جسيمات عضوية في ١٠٠ سم في ١١ انموذجا ولم يعثر على اي جرثومة سوى ذلك بتاتا ومجموع الجسيمات التي وجدت في سم واحد لم تزد على (٤٧) وعدد الجسيمات على الوجه المعدل في سم واحد كانت (٣١،٠٩) التي تقابل (٢٩،٦٤) في الشهر المنصرم .

تقارير المستشفيات الخصوصية والاهلية في العاصمة :

اسم المستشفى	المرضى الباقون في اول الشهر	الداخلون في غضون الشهر	المتوفون	الباقون في آخر يوم من الشهر
مستشفى ميرالياس	٤٩	٦٦	٧	٥٩
« ربه خضوري	—	٢٥	—	١٠

الدكتور طوباليان: عولج في هذا المستشفى ٣٣١ مريضا والمرضى الذين عولجوا مجانا ١٥٤ —

مستوصف الرسالة الافرنجية : عولج في هذا المستشفى ١١٧ بالاجرة و ١٤٥ مجانا .

تطعيم لقاح الطاعون :

نظرا لحدوث بعض اصابات طاعون خلال الشهر فقد طعم بطعم الطاعون ١٣٢٥ شخصا في المحلات التي وقع فيها هذا الوباء .

التقرير الشهري للواء بغداد :

القضاء والناحية	الولادات	الوفيات	التطعيم	الامراض
الكاظمية	٣٧	٣٧	٢٦ طفلا ضد الجدري	الزحير ١ — السل ١ — التيفوئيد ١ —
الاعظمية	٢٠	١٥	١٢ طفلا ضد الجدري	جذام ١ —

الكرادة	٣	٦	التيفوئيد ٢ـ السل ٢ـ التهاب النكفة ١ـ
سامراء	٣٨	١٣	السل ١ —
السلمية			السل ١ —
اليوسفية			بلهارزيا ١ —
البوعليل (الدورة)			الجدري ٩ —
زلاوية (قرب بلد)			جدري ١٠ —

THE B

نيسان سنة ١٩٢٦

ض ليس بـدليل على عدم
الرعام ينتشر بين الخيل في
فمن السهل انتقاله الى البشر.
حوادث الرعام البشري في
يشتغلون بتربية الخيل
ب الحالات ينتاب الشخص
علم بذلك. وقد عثرت اخيرا
ـكي رأيت من الواجب ان
زملائي المحترمين واستلفت
مهد لهم طريق البحث عنه

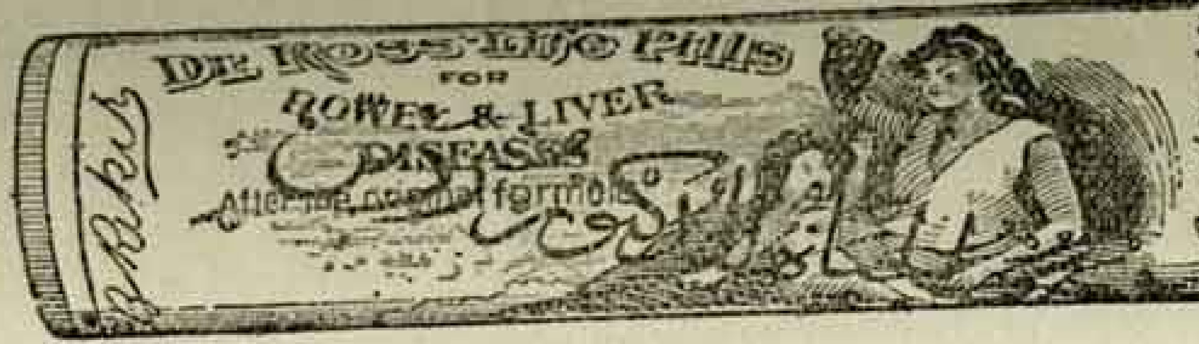
اوسمع بوجود وقعة من الرعام البشري .

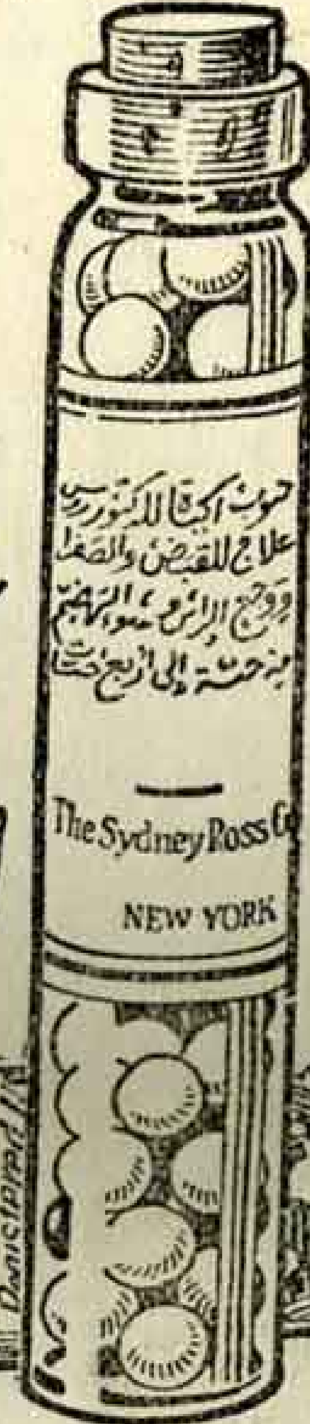
بغداد . عمره ٣٥ عام .
صنعته المتاجرة بالخيل ويمارس مهنة البيطرة . دخل

حبوب الحياة
للدكتور روس

اشهر علاج في سائر انحاء العالم
لسائر امراض المعدة والكبد والامعاء

في كل حنجور
اربعون حبة
تباع في كل الصيدليات







أربعة اجيال الصحة والسعادة

من اهم الاسباب في شيوع حبوب الحياة للدكتور روس هو انها جاءت بالنتائج الحسنة لسائر الذين استعملوها في خلال ثلاثين سنة . وهذا العلاج هو حقيقة يسد حاجة كل عضو من اعضاء العائلة ــ كبارا وصغارا على السواء

احسن شهادة في حق دواء هي شهادة عضو من اعضاء العائلة او صديق من اصدقاء صاحبه . فالوف من هذه الشهادات يقدمها اولئك الذين يعزون راحتهم وصحتهم الى استعمال حبوب الحياة للدكتور روس . وامثال هذه الشهادات مما يغري الناس ان يقوموا بتجربتها انفسهم وكل من يجربها يضم شهادته فيها للاخرين حتى كانت النتيجة اشتهار حبوب الحياة للدكتور روس وشيوعها وتالب الناس على مدحها واعتبارها مجلبة لسعادتهم .

دع حبوب الحياة للدكتور روس تفعل فعلها العجيب في صحة عائلتك وسعادتها . واختبر انت بنفسك قيمتها السامية كعلاج للتخمة والامساك والمغص والدسبسيا ووجع الراس وتهيج الاعصاب واختلال الاوعية الهاضمة الذي يعقب ابطاء حركة الهضمة في الطبيعة .

سعر الحبة (قنينة صغيرة) ١٠ (عشرة) انات بالمفرد

يمكن الحصول عليها في جميع الصيدليات في العراق

راجعوا طبيبكم بهذا الخصوص

الوكلاء الوحيدون في العراق وايران

معاهد اوروزدي باك (عمر افندي)

بيان حادثات الامراض السارية فى العراق فى شهر كانون الثانى سنة ١٩٢٥ مأخوذ عن التقارير الاسبوعية الصادرة من مصلحة الصحة العامة

الامراض	اربيل		بغداد		بصرة		حلة		ديالى		ديوانية		رمادي		سليمانية		عمارة		كربلا		كركوك		كوت		موصل		منتفك	
	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات
الجذام	٠	٠	١	٠	٠	٠	٠	٠	١	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
البثرة الخبيثة	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١	٠
السل الرئوي	٠	٠	١٩	١	٨	٠	١١	٠	٢	٠	١	٠	٣	٠	٠	٠	٤	١	٢٤	٦	٥	٠	٠	٠	٧	٤	١	٠
الحصبة	٨٨	٣٥	١٥	٧	٦	٦	٠	٠	٠	٠	١	٠	٣	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٨	١	١٤	٠	٠	٠	١١	٠
الجدري	٠	٠	١٨	٨	٣٨	٢٣	٠	٠	١٩	١١	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٣٢	١٢	٠	٠	١	١	١	٠	٨	٢	٤	٣
الطاعون	٠	٠	١٣	١٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
الخناق	٠	٠	٣	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١	١	١	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
التيفوئيديات	٠	٠	١٨	٢	٠	٠	٢	٠	١	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٢	٠	١	٠	٠	٠	١	٠	١	٠
داء النسكئة	٠	٠	٠	٠	٤	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٥	٠	٠	٠	٢	٠	٠	٠	٥٤	٠	٤	٠	١٩	٠	٣	٠

الـكرادة	٣	٦	التيفوئيد٢ـ السل٢ـ التهاب [illegible]
سامراء			
السلمية			
اليوسفية			
البوعليل(الدورة)			
زلاوية (قرب بلد)			

المجلة الطبية البغدادية
THE BAGHDAD MEDICAL REVIEW

العدد التاسع — مارت ونيسان سنة ١٩٢٦

المقالات الأساسية

الرعام او السقاوة

MORVE

الدكتور صائب شوكت

الرعام مرض ميكروبي شديد العدوي وهو خاص ببعض الحيوانات كالخيل والبغال قد ينتقل الى البشر فيكون مرضاً عضالاً اقل ما يقال عنه انه ينتهي بصاحبه بالموت بنسبة ٩٥ في المائة .

الوقعة التي اذكرها في ما يلي هي اول وقعة لوحظت في بغداد منذ اليوم الذي امكن فيه اثبات الامراض المعدية وتحريرها في دفاتر الحكومة . فاني راجعت كثير من الاطباء الرسميين والخصوصيين فلم يفدني احد بانه رأي اوسمع بوجود وقعة من الرعام البشري .

ولكن عدم ملاحظة المرض ليس بدليل عَلَى عدم وجوده في البلاد . لان الرعام ينتشر بين الخيل في العراق وطالما يتفشي في الخيل فمن السهل انتقاله الى البشر . ولا بد من وجود كثير من حوادث الرعام البشري في العراق خصوصاً بين الذين يشتغلون بتربية الخيل واقتنائها واظن ان المرض في اغلب الحالات ينتاب الشخص ويفتك به بدون ان يكون له علم بذلك . وقد عثرت اخيرا عَلَى وقعة منه في المستشفى الملكي رأيت من الواجب ان اوردها فيما يلي ليطلع عليها زملائي المحترمين واستلفت بها عنايتهم الى هذا المرض وامهد لهم طريق البحث عنه ومكافحته .

خ . ح . من اهالي بغداد . عمره ٣٥ عام . صنعته المتاجرة بالخيل ويمارس مهنة البيطرة . دخل

المستشفى مساء ١٧/١٢/٩٢٥ وهو يشتكي من انتفاخ في وجهه يبدأ من حول انفه وينتشر الى وجنته اليمني واجفانه مع حمرة وحويصلات وبثرات عديدة ٠ وسيلان قيحي من انفه وحمى ٠ ويؤخذ من قوله ان المرض بدأ معه قبل شهر واحد بحمى شديدة دامت عشرة ايام من دون تقطع فيها وبعد ذلك حصل انتفاخ حول منخريه مع تقشر وتقرح ويقول ان وطأة الحمى قد خفت ولكن استمرت الى حين مراجعته المستشفى هو غير متأهل ٠ ولم يصب بداء الافرنج ولكن اصيب بحرقة البول ٠ يشتغل بتجارة الخيل ويدعي انه بيطر اختصاصي في مرض الخيل ويراجعه كثير من مقتني الخيل لاجل المعالجة ٠

اول نظرة القيتها عليه اظهرت لي الاحوال الآتية : كان المريض في حالة اضطراب ٠ يتنفس بسرعة وعليه ضجر شديد ولا يستطيع الجلوس لوحده مالم يسنده احد واحواله العمومية تدل عَلَى كونه مضطرب من مرض انتاني وتسمم دموي شديد ٠ لم تكن حرارته مرتفعة في ذلك الحين وكانت ٣٨ درجة سنتيغراد ٠ ولكن نبضه كان سريعا بالنسبة لذلك اذ كان يبلغ ١٢٤ ضربة في الدقيقة ٠ وكان نبضا حمويا قصير الامتداد ، قليل الضغط ٠ وكان تنفسه سطحيا وسريعا يبلغ ٣٢ مرة في الدقيقة ٠ ويظهر عليه انه كان رجلا قوي البنية ، كامل الاعضاء ، عضليا ٠

والمسئلة المهمة التي جلبت نظري هي التحولات التي رأيتها عَلَى وجهه اذ رأيت تحت جناح الانف الايمن عدة بثرات صغيرة مجتمعة وبعضها متقرحة وكانت هيئتها تحاكي الحلاء (Herpes) وكان جناحا الانف منتفخين احمرين وكذلك القسم الوجني الايمن والجفن الايمن ٠



الشكل عدد ١

وكانت تتصاعد من انفه رائحة كريهة للغاية ٠ وحين فحص الانف رأيته مملوء بالقشور والصديد وبعد تنظيف تلك القشور وذلك الصديد ظهر الغشا المخاطي الانفي محتقنا منتفخا وعليه بثر وقروح عديدة ٠ وكانت شفتا المريض منتفخة وكان في الغشاء المخاطي البلعومي والفم انتفاخ وبثر وقروح وكذلك اول ما خطر ببالي عند مجابهتي لهذه الحالة هو الرعام ولكني لم اجزم بذلك لان الحالة كانت تدعو الى الاشتباه بالحمرة Erysipele وداء الافرنج Syphilis ٠ فوضعت المريض في المستشفى في غرفة خاصة واوصيت بتجريده وفي اليوم الثاني اكملت الفحص فلم اجد في اعضائه الداخلية سوى احتقان قليل في قاعدة الرئتين ٠ وارسل دمه لاجل بحثه بتعامل فاسرمان

فكانت النتيجة سالبة ٠ وفي صباح اليوم الثالث وجدت الانتفاخ متزايدا حول انفه وعَلَى وجهه ومتسعا الى جفنه الايسر بحيث ان المريض لا يتمكن من فتح عينيه ٠ وحينئذ راجعت المختبر لاجراء التدقيقات البكتريولوجية اللازمة وسوف اذكرها بعد قليل ٠

واما سير المرض ففي اليوم الرابع من دخوله المستشفى بلغ الانتفاخ الموجود حول انفه والقروح الموجودة في انفه ومنخريه درجة كبيرة حيث انها سدتهما فاضطر ان يتنفس من فمه وكان قد فقد شعوره واصبح في حالة السبات ٠ ولقد اتسع الانتفاخ الى جميع انحاء وجهه فاصبحت جفونه ووجهه وانفه محاطة بقروح وبثرات عديدة (انظر الشكل عدد ١) وكذلك كان بلعومه وشراع الحنك ولسانه منتفخا ومستورا بقروح وبثرات ٠ وحصل انتفاخ في العقد اللنفاوية تحت الفكية وبدأ معه سعال ونفث صديدي دموي ٠ وانقلبت الاعراض الاحتقانية الموجودة في صدره الى اعراض ذات الرئة الشعبية وظهر عَلَى ظهره وذراعيه عدة عقدات وخراجات انتفخ بعضها وكون قروحا عديدة ولقد ساءت حالته العمومية وزاد سباته ومات في اليوم الخامس من دخوله الى المستشفى ٠

الفحص البكتريولوجى

اجرى الفحص البكتريولوجي من قبل الدكتور ميلس بالصورة الآتية:

١ — عمل مستحضرات عَلَى الزجاج من الافرازات الانفية والقيح الموجود على القرحات حول الجناح الانفي وصبغ بزرقة المثلين ثم فحص فوجدت فيه كريوات قيحية وانواع عديدة من الميكروبات القيحية وكان بين هذه الميكروبات قليلا من الباسللوس ٠ ولكن ذلك لم يكن كافيا لوضع التشخيص النهائي ٠

٢ — اخذ دم المريض وزرع Haemoculture ووضع في حرارة ٣٧ سانتغراد ٠ وعند فحصه بعد ٤٠ ساعة وجد عقيما ولم يتشكل فيه مستعمرات ميكروبية ٠

٣ — اخذ شيء من الافرازات الانفية وزرع في مزدرع لوفلر فحصل فيه نمو جراثيم عديدة ولكن ظهر ان لبعض المستعمرات اوصاف مستعمرات باسللوس الرعام وكان تقرير رئيس المختبر البكتريولوجي كما يلي : (ان البحث الزرعى الذي عمل على الافرازات الانفية اظهر لنا صعوبات جمة ٠ ولكن الزرع تقدم الان الى درجة قد تمكنت معها ان اضع تشخيص الرعام مع التحفظ ولكن لايمكن اعطاء الجواب القطعي قبل تجريد Isolation باسيللوس الرعام واحضار زرع نقي منه وزرقه الى خنزير البحر -- كوباي —)

٤ — اعيد مرارا زرع الباسللوس من الزرعى القديم في وسط جديد لتجريد الباسللوس من الجراثيم الاخرى التي تكاثرت معه في الوسط الزرعى ولقد حصلت صعوبة كبيرة حين تجريد الباسللوس واستحصال زرع نقي منه ٠ وذلك اننا لم نحصل عليه الا بعد تكرار الزرع ٣٦ مرة ٠ وفي المرة الاخيرة حصل لدينا زرع نقي يحتوي عَلَى باسللوس الرعام فقط ٠

٥ — عمل مستحلب من هذا الزرع النقي لباسللوس الرعام وزرق الى اثنين من خنزير البحر ٠ وزرق لاحدهما داخل البريطون وللاخر تحت الجلد ٠

وبعد مرور ثمانية ايام حصل انتفاخ في خصيتي الاول (وكان ذكرا) فكانتا حساستين وموجعتين لدى الجس

ولقد عاشا كلاهما ٣٤ يوما وثمانية ساعات ماتا عقيبها وكان موتهما في عين الساعة . ولقد اجرى عليهما فتح الميت فوجد في الاول احتقان والتهاب في الرئتين وضخامة في الطحال وانتفاخ في الخصيتين حيث تبلغ كل واحدة منهما حجم الجوزة . وجهز من لب الخصية مستحضر للفحص بالمجهر فوجد انه ملآن بباسللوس الرعام واما الخنزير البحري الثاني (وكانت انثى) فقد وجد فيها التهاب في الرئتين مع عقدات صفراوية وجيوب قيحية عديدة ، ثم ضخامة في الطحال والكبد وانتفاخ باحد المبيضين ولقد جهزت مستحضرات عديدة من الاعضاء المختلفة للحيوانين فوجد في جميعها الباسللوس بصورة مبذولة .

وكانت هذه التدقيقات البكتريولوجية طويلة صعبة ومتعبة واني اشكر الدكتور ميلس لاهتمامه بهذه الواقعة واستعماله جميع الوسائط الفنية للتحقيق عن باسللوس الرعام وكشف وجوده بصورة قطعيه وواضحه .

الرعام

اسمائه :

Malleus, Morve, Farcin, Rotz, Glanders

الرعام مرض خاص بالخيل والبغال والحمير والحيوانات ذات الحوافر الاخرى ولكن يمكن ان يصاب به بعض الحيوانات المفترسة (كالاسد والنمر) ومن ثم الكلاب والهرة والمعز . وينتقل هذا المرض الى البشر من الخيل او من الحيوانات المذكورة الاخرى ومن بعد ذلك يسهل انتشاره بين البشر .

الرعام معروف بعدواه منذ القرن الخامس الميلادي اذ كانوا يتخوفون منه ومن انتقاله بصورة شديدة بيد ان اول من تمكن من نقل الرعام الى حصان سالم Wollstein سنة ١٧٨٧ . وعقبه Vibory عام ١٧٩٧ واثبت ان الافرازات الانفية واللعابية للخيل المريضة بالرعام وكذلك دمها وبولها وعرقها معد . واما انتقال الرعام الى البشر اثبته Rayer سنة ١٨٣٧ واكتشف ميكروب الرعام كل من Charrin, Bouchard, Rosazhegy عام ١٨٨٢ وبعد ذلك اكتشف كل من Helman و Kalling عام ١٨٩٠ المادة المهمة التي تستعمل في الطبابة البيطرية لتشخيص الرعام وهذه المادة هي (Mallein) وهي حين زرقها الى الحيوانات المصابة بالرعام تحدث رد فعل كالذي يحصل من زرق التوبركولين الى المصابين بالتدرن

باسللوس الرعام

باسللوس الرعام هو بهيئة عصيات صغيرة ، قليل الالتواء ونهاياته رقيقة ن . يبلغ طوله ٣ — ٥ ميكرونات وقطره ٧و٠ — ٥و٠ ميكرون .

ويأخذ جميع الصباغات الاعتيادية المستعملة ولكن يستعمل لصبغه زرقة المثيلان . وتتلون نهاياته اكثر من وسطه ولذلك كثيرا ما يظهر بالفحص المجهري بمنظر حبيبي (كباسيللوس الخناق وباسيللوس التدرن)

كثيرا ما يصعب استنبات باسيللوس الرعام من افرازات المريض ولكن بعد تحضير الزرع الاول يسهل نقله الى المزدرعات الاعتيادية المستعملة وخاصة المزدرعات القلوية قليلا والتي تحتوي على قليلا من الجلسرين . واحسن وسط زرعي تنمو باسيللوس الرعام هو المصل الدموي الذي يأخذ من الخيل والغنم . يتكون على هذا الوسط الزرعي بعد مرور ثلاثة ايام مستعمرات صغيرة كالقطرات ، صفراوية

اللون . وبعد مرور ٨ — ١٠ ايام يتحول لون تلك القطرات فتصبح بيضاء كاللبن . ومن الاوصاف المهمة لزرع باسيللوس الرعام هو قوامه المخاطي . ولزرع باسيللوس الرعام على البطاطة خواص مميزة مهمه . فهو يكون مستعمرات صفراويه مخاطية يحمر لونها بمرور الايام وحينما تتسع وتختلط مع بعضها تظهر البطاطة مطلية بطبقة من العسل . لا يمكن نقل باسيللوس الرعام الى البقر والفار او الخنازير والطيور او الحيوانات ذوات الدم البارد . واذا زرق الى اجسام هذه الحيوانات تهلك الجراثيم بسرعة من دون ان يبدو على الحيوان ادنى عرض مرضي . ولكن يمكن نقله الى الكلاب والهرة بزرق الميكروب لهما او باطعامهما لحم الحيوان المصاب بالرعام . ومن السهل كذلك نقل المرض الى المعز ايضا . واما القوباي من الحيوانات الصغيرة المستعملة في المختبرات فهو ادعى لقبول المرض وهو الحيوان الذي يستعمل دائما لتشخيص المرض . يحصل من زرق باسيللوس الرعام تحت جلد القوباي عقدة صلبة في محل الزرق تتقرح بعد مرور سبعة ايام وتلتهب حينئذ الاوعيه اللنفاوية وتنتفخ العقدات اللناوية ثم تتقيح . واذا زرق باسيللوس الرعام داخل بريطون القوباي الذكر فيحصل عليه عرض مهم للغاية وهو انتفاخ الخصية . تنتفخ الخصيتان اللتان هما في الحال الطبيعي في بطن الحيوان فتبرزان تحت الجلد وتصبح تلك الناحية حساسة وموجعة للغاية . وفي بعض الاحيان تتقيح وتبزل الجلد . ويسمى هذا التحول (تفاعل شتراوس Strauss Reaction)

يختلف تاريخ موت الحيوان بين ١٠ — ٤٠ يوما وذلك حسب مقدار وقوة الباسيللوس المزروق له وحين اجراء فتح الميت على القوباي يظهر في رئته وكبده احتقان شديد مع عقدات صفراوية وكذلك يظهر في الطحال ضخامة كبيرة .

الانتشار الجغرافي

مرض الرعام منتشر في جميع انحاء الارض ماعدا اوستراليا . ففي اوربا يوجد في البلاد الروسية اكثر من غيرها واما في البلاد الجرمنية فيندر وجوده ويظهر من الاحصاآت ان قد حدثت في جميع بلاد المانيا خلال مدة خمسة سنوات وذلك بين ١٩٠٥ — ١٩١٠ عشر وقائع فقط من الرعام البشري . وقد مات خمسة من هؤلاء المصابين اما رعام الخيل فقد دونت الاحصاآت خمسمائة وقعة منه حدثت في خلال هذه السنوات .

اعراض الرعام في الحيوانات

من المستحسن البحث اولا عن اعراض الرعام في الحيوانات لانها يحصل فيها اكثر من البشر وهي الواسطة الاساسية لانتقاله الى البشر .

لرعام الحيوانات نوعان . الرعام الحاد والرعام المزمن . ويندر حصول الرعام الحاد بالنظر الى الشكل المزمن .

يظهر الشكل الحاد للرعام بعد مرور ٦ — ٨ ايام (دور الحضانة) على حصول العدوى بترفع الحرارة والقشعريرة فيصبح الحيوان كسلان غير مقتدر على المشي والحركة ممتنعا عن الطعام . وبعد مدة قليلة يظهر عليه العرض المهم وهو التحول الذي يحصل في منخريه . اذ تظهر فيه حويصلات تتحول الى بثرات يسيل منها الصديد .

وحينئذ نرى خروج مادة صديدية دموية ذات رائحة كريهة من منخري الحيوان . ويظهر على جلد الحيوان في محلات مختلفة عقدات موجعة تتقيح وتشكل خراجات

عديدة ويظهر عَلَى الحيوان علامات ذات الرئة فيموت بعد مرور ٣ — ٤ اسابيع ٠

واما النوع المزمن فيظهر بصورة خفيه وبطيئة يصعب كشفها في بادئ الامر ٠ ومن الممكن ان يداوم هذا الشكل من المرض سنين عديدة في الحيوان ويشفى لحاله من دون ان يعلم به احد ٠ يظهر المرض في الجلد او في الانف وفي كلا الحالتين يسبب التهاب وانتفاخ العقد اللنفاوية المجاورة ٠ وحينما يظهر في الانف قرحات تسيل منها مادة مخاطية صديدية واذا ظهر في الجلد يولد عقدات صلبة تتقيح وتشكل خراجات ٠ ولكن الشكل المزمن هو كثير الشفاء وكثيرا ماتزول تقرحات الانف او عقدات الجلد لحالها

الرعام البشري

ان للرعام البشري اشكال عديدة فالشكل الحاد والمزمن ثم الشكل الانفي والشكل الجلدي والشكل الرئوي ٠ ولكن في اغلب الحالات تنقلب هذه الاشكال الى الشكل الانتاني الدموي العمومي ٠

يدخل باسيللوس الرعام الى بدن الانسان في اغلب الحالات من جرح صغير فسحجة او خدش في الجلد او في الغشاء المخاطي الموجود في الفوهات الخارجية للبدن ٠ وفي اغلب الحالات تنتقل العدوى من عضة الحيوان المريض او من مس لعابه جرحا او سحجة صغيرة في الاصبع ٠

وكثيرا مايحصل في الغشاء المخاطي الانفي شقوق او سحجات (من اثر اليبوسة او التقشرات الانفية) حيث لايشعر بها صاحبها فتكون سببا لانتقال المرض اليه ٠

وهناك واسطة اخرى مهمة للعدوى وهي التي تهمنا نحن الاطباء وبالاخص اطباء البيطرة الا وهي اجراء العمليات الجراحية او عمليات فتح الميت عَلَى الحيوان او الانسان المصاب بهذا الداء ٠ فتاريخ الطب مملوء بوقائع كهذه ٠ اتذكر انني حينما كنت تلميذا في المدرسة الطبية بالاستانة شاهدت اثنين من تلامذة المدرسة البيطرية اصيبا بالرعام من حصان كانا قد حضرا اجراء عملية فتح الميت عليه ولقد مات هذان التلميذان بعد ثلاثة ايام وصارا من جملة ضحايا الفن العديدة ٠

سير المرض — يختلف سير الرعام حسب الشكل السريري ففي بعض الاحوال الخبيثة يظهر المرض بغتة بصورة شديدة ويهلك المريض بمدة لاتتجاوز ٣ — ٤ ايام وفي بعض الاحوال الاخرى يظهر اول عرض للرعام بعد مرور بضعة اسابيع ويداوم سنين عديدة ٠

ولكن الرعام الذي يظهر بشكل موضعي سليم لايلبث ان ينقلب الى الشكل الانتاني العمومي ولو بعد مرور اسابيع او اشهر عديدة وحينئذ تنقلب الاعراض السليمة الى اعراض خبيثة فتهلك المريض بسرعة عظيمة ٠ والاعراض التي تدل عَلَى تعمم المرض واخذه بشكل انتان دموي عمومي هي ظهور (بقع وردية Roscala) على سطح البدن ثم اعراض التسمم العفني والتسمم الدموي الصديدي Scpticopyamie وظهور بؤر صديدية عديدة فى الجلد وفي العضلات والاحشاء وعَلَى الاغشية المصلية المختلفة

ليس للاعراض الاولية للرعام خصوصية تميزها عن سائر الامراض الانتانية ففي اغلب الحالات يبدأ المرض بترفع الحرارة وذلك ليس دائميا بل يتحول بين زمن وآخر وفي اغلب الحالات يكون هذا الترفع قليلا ٠ ومن النادر ان يبلغ ٤٠ — ٤١ درجة سانتغراد ٠ فيشكو المريض الما

في مفاصله وصداع برأسه ثم بتعب وانحطاط عمومي بجسمه وفي بعض الحالات يزداد ترفع الحرارة يوما فيوما حتى يبلغ ٤٠ — ٤١ درجة ٠

ويعتري المريض حالة السبات مع وجود اعراض مرض انتاني شديد وفي هذه الحالة يشبه الحمى التيفوئيدية ٠

بعد تقدم المرض يبدأ تشكل البثرات الصديدية الخاصة بالرعام في الجلد والاغشية المخاطية ٠ وهذه تظهر في بادئ الامر بشكل بقع محمرة صغيرة فتتكون منها عقدات وبثرات بحجم العدسة وتلك البثرات (التي تحتوي على سائل مصلي مدمم اوصديدي) تشبه بثرات مرض الجدري ٠ وبعد بضعة ايام تتبطط البثرات ويخرج منها صديد فيتكون في محلها قروح عديدة ٠ وكثيرا مايحصل من التآم هذه القروح الصغيرة قروح واسعة في النواحي المختلفة من الجلد ٠ واما وقت ظهور هذه البثرات والتقرحات فيختلف حسب شدة المرض ٠ ففي الاحوال الوخيمة تظهر مع الاعراض الاولية للمرض وفي اغلب الحالات تظهر قبل الموت ببضعة ايام ٠ وحين ظهور البثرات يشتد المرض وخامة وتسوء حالة المريض فيحصل تعرق متوال شديد يضعف المريض ٠ ويأخذ المريض هذيانا وسباتا ٠

ومن جملة الاعراض المهمة للرعام هي العقد والاخرجة التي تتكون تحت الجلد وفي الانسجة المختلفه من جسم المريض وهذه تظهر بشكل عقدات موجعة صلبة محتقنة تحتوي عَلَى دم وقيح ذي رائحة كريهة ٠

يظهر على جلد المصاب بالرعام احيانا احمرار واوذيما عَلَى مثال مايكون في الحمرة Erysipel وهذا في بعض المرضى فقط ولايمكن رؤيته في جميعهم ومن جملة الاعراض المهمة للرعام هي التغيرات الانفية ٠

يحصل في فوهة فتحتي الانفة وعَلَى الغشاء المخاطي الذى يفرش تجويف الانف بثرات وقرحات تسبب سيلان مادة مصلية صديدية ذات رائحة كريهة من الانف ٠ ويتشكل حول جناحي الانف احمرار وانتفاخ كالحمرة ٠ وينتشر ذلك الاحمرار الى سائر انحاء الوجة والى الاجفان فيسبب انسدادهما ٠ وفي بعض الحالات حينما يتقدم المرض يحصل خراب في غضروف الانف وفي عضلات وعظم الحنك فيسبب تثقب حجاب الانف وقبة الحنك فيعطي المريض شكلا مماثلا للذي يحصل في داء الافرنج وفي الاحوال الاعتيادية ينتشر التقرح الى البلعوم والفم ويصبح مضغ الطعام وبلعه موجعا وصعبا للغاية ٠

وكذلك ينتشر التقرح الى المسالك التنفسية الاخرى كالحنجرة والقصبات فيحصل من ذلك تحول في صوت المريض ويصبح هواء الزفير ذا رائحة كريهة ٠ ويحصل سعال متواصل يؤدي الى اطراح صديد ذي رائحة كريهة واما الرئة فهي من الاعضاء التي ينتشر اليها المرض بسرعة وبسهولة اذ يتكون في القصبات عقدات بحجم العدسة تتقيح وتسبب تنخر النسيج الرئوي ٠ واعراض الرعام الرئوى هو كاعراض التهاب القصبات العمومي اواعراض ذات الرئة والقصبات Bronchopneumonie وتكون العشمات حمراء قيحية ذات رائحة كريهة ٠

وماعدا الاعضاء التي ذكرناها يدخل باسيللوس الرعام الى اعضاء البدن الاخرى كالكبد والطحال والخصية والمخ وكذلك الى الاغشية الزلالية وكثيرا ماتنتفخ العقد اللنفاوية في الجسم حين سير الرعام وخاصة الموجودة بالقرب من التقرحات والتغيرات الرعامية ٠ ففي الرعام

الانفي تنتفخ العقدات الرقبية وتحت الفكية وتفضى الى اظهار العنق بمظهر ضخم ·

وفي بعض الحالات يحصل التهاب في المفاصل بسبب تكوين انصباب مصلي كثيرا مايتقيح ·

الانذار

الرعام البشري وخيم للغاية · وتعتبر الوقائع التي يحصل منها انتان دموي عمومي كمعدومة الرجاء وحينما يتقدم المرض يحصل تنخر وتموت في النواحي التي توجد فيها الجيوب الصديدية وعقدات الرعام وكثيرا ما نري حصول تنخر الانف وقبة الحنك وتثقبها وحينئذ يحصل هبوط في قوي المريض فيضعف النبض ويصير سطحيا وسريعا ويدخل المريض في السبات الذي يعقبه الموت ·

من النادر ان ينجوا المصابون بالرعام الحاد من الموت ·

ولم يذكر تاريخ الطب عن ذلك سوي وقائع قليلة · واما الشكل المزمن فانه وان كان قابل الاستمرار الى سنين الا ان صاحبه يكون دائما عرضة للموت الذي يحصل من انقلاب المرض الى شكل حاد · والشكل السليم الوحيد الذى يرجي شفاؤه هو الشكل المرضي الذي يبقى منحصرا في ناحية واحدة وبالاخص في الاطراف فاذا امكن مداواة هذا البؤرة العفنة مداواة جراحية (كالقطع او التفجير او استيصال النسيج المريض) حينئذ يمكن شفاؤه وذلك ايضا ٥٠ بالمائة فقط ·

التشخيص البكتريولوجى

ان الاخرجة والبثرات العديدة تحتوي عَلَي باسيلوس الرعام بكثرة ومن السهل كشفه بفحص الصديد المستخرج واذا كانت تلك الاخرجة والبثرات لم تزل مسدودة وغير مشتركة مع المحيط الخارجي فحينئذ يحتوي القيح على باسيلوس الرعام فقط · فيسهل ان يستحضر منه زرع نقي لباسيلوس الرعام · واما اذا كانت هذه الاخرجة والبثرات منفتحة تدخل فيها انواع الجراثيم القيحية الاخري فيصعب حينئذ تفريق باسيلوس الرعام منها لانها تتكاثر بسرعة وتملأ المستحضرات الملونة لاجل الفحص باجسامها فيصعب عَلَى الفاحص تفريق باسيلوس الرعام من انواع الباسيلوس الاخرين ·

وحين زرع القيح المأخوذ من سطح القرحات المنفتحة او من افرازات الانف او البلعوم اومن القشعات الصدرية تحصل انواع المستعمرات الميكروبية التي يصعب تفريقها من مستعمرات باسيلوس الرعام · ففي هذه الاحوال تبقى لدينا واسطة وحيدة لتثبيت التشخيص الا وهي التجاريب عَلَى الحيوانات · واما الدم فهو لا يحتوي دائما عَلَى باسيلوس الرعام ولذلك لا يمكن الاعتماد عَلَى فحصه بصورة قطعية

الفحص البسيط : يفحص القيح او القشعات او افراز الانف او البلعوم ولذلك يوضع قليلا من احدي هذه المواد عَلَى صفيحة زجاجية وتغطي بلويحة زجاجية اخري Lamell ثم يقطر قطرة من زرقة المه تيلن بين الزجاجتين فتنحدر هذه القطرة من خلالها الى المادة المراد تلوينها فيتلون باسيلوس الرعام بسرعة ويري بالفحص انه لم يزل محافظ على حركاته التموجية ·

واحسن طريقة لتلوينه بعد التثبيت هي طريقة لوفلر

(Loffler) ولتجهيز تحضير بهذه الطريقة توضع الصفيحة الزجاجية المحمولة بالمادة المراد فحصها (بعد التثبيت في مزيج يحتوي على ثلاثة اقسام من محلول زرقة المتيلن الاعتيادي وقسم واحد من محلول الصودا الكاوية بنسبة واحد بالالف · وبعد مرور خمس دقائق ترفع من هناك وتوضع في محلول حامض الخليك الذي بنسبة واحد بالمائة والمصبوغ بمادة (Troprolin) لمدة ثانية واحدة اذ تفقد الخلايا صبغتها بنتيجة هذه المعاملة ويبقى باسيلوس الرعام ملونا · وتستعمل هذه الطريقة ايضا لتلوين المقاطع النسجية ·

زرع الباسيلوس :-- تستعمل لذلك البطاطة او الاثمار مع الجلسرين · فيظهر عَلَى البطاطة بعد زرع الباسيلوس بيومين منظرة العسل الخاصة التي اسلفنا ذكرها في صدر هذا المقال ·

التجربة على الحيوانات :— يستعمل لهذه الغاية الخنز الهندي (القوباي) ويرجح الذكر منه · لانه يحصل فيه انتفاخ الخصية بعد تلقيحه بالميكروب ببضعة ايام كما بيناه مفصلا عند البحث عن تفاعل شتراوس Strausse Reactione التشخيص بواسطة المالئين Mallein يعد المالئين من اهم الوسائط المشخصة للرعام وخاصة رعام الخيل · المالئين هي مادة تستحصل من باسيلوس الرعام · فهى باوصافها وطرز استعمالها تتشابه مع مادة التوبركولين Tuaerculin يستحضر المالئين بالصورة الآتية : يؤخذ زرع باسيلوس الرعام في المرق والجلسرين الموضوع لمدة ٣٠ يوم في حرارة ٣٧ سنتيغراد ويسخن بحرارة ٨٠—١٠٠ سنتيغراد لمدة بضع ساعات وذلك لقتل جميع الجراثيم الحية · ثم ترشح تلك المادة ويضاف عليها قليلا من الجلسرين وتحفظ لاجل الاستعمال ·

يستعمل المالئين لاجل التشخيص كالتوبركولين وذلك بزرقه تحت الجلد او في خلاله Intracutbnée او بوضعه على المنضمة العينية ولكن طريقة الزرق التحت الجلدي هي المرجحة عَلَى سواها · فمن زرق المالئين يحصل في الحيوان او الانسان المصاب بالرعام تفاعل يشابه التفاعل الذي يحصل بالمرضي المتدرنين حين زرق التوبركولين · يحصل بعد زرق المالئين بساعة ترفع بالحرارة الى ٢—٣ درجات مع رعدة في الجسم وتستمر الحرارة حتي ٣٠—٤٠ ساعة ويتكون في محل الزرق احمرار وانتفاخ موجع ·

العلاج

يقف الطب مكتوف اليدين امام مرض الرعام الحاد الذي لابد من ان ينتهي بصاحبه بالموت · ولكن ليست الحالة كذلك في الشكل المزمن الذي يمكن شفاؤه ولو بنسبة قليلة ·

يعالج الرعام الموضعي بالوسائط الجراحية ولذلك يوصي Garré بكي البثرات والقرحات والافات الاخرى الموضعية بالنار او بالمواد الكيماوية الكاوية كحامض الفنيك والصودا الكاوية او حامض النتريك · تفتح الخراجات وتجرف ثم تكوي · ومن بعد ذلك يضمد الجرح بمحلول احد المواد المضادة للتعفن القوية وتعالج حمرة الرعام بتطبيق الثلج واما الرعام الانفى فيعالج بالغسل المكرر بمحلول برمنغانات البوتاس · او ماء اليود او محلول حامض الفنيك · ومع هذه المعالجات الموضعية

يجب اجراء معالجة عمومية لتقوية بنية المريض ومساعدتها في جدالها تجاه هذا الانتان الشديد · وقد ترك استعمال المراد الكبريتية والزرنيخية لعدم فائدتها ويوصي Gralewski و Golds باستعمال الزيبق ومؤلفون آخرون يوصون باستعمال اليودور او الاسيد ساليسيليك · وفي الأيام الأخيرة اوصي باستعمال النه‌ئوسالوارسان ويقال انه يرجي منه فائدة ·

استعمل بعض الاساتذة الماللئين لاجل المعالجة ولكن لم يحصلوا على فائدة عظيمة · فيظهر من ذلك ان الطب لم يزل عاجزا عن معالجة الرعام بالرغم من التقدم العظيم الذي طرأ عليه في السنين الاخيرة ·

ولكن اذا صعبت معالجة الرعام فلا يصعب التوقي منه · فالتوقي في الامراض المعدية هو اهم بكثير من المعالجة · لان المعالجة تهم شخص المريض وحده واما الوقاية فتهم المجتمع البشري باجمعه ·

ان القسم العظيم من وقائع الرعام في البشر تحصل من انتقاله من الخيل ولذلك ترى ان اكثر الذين يصابون به هم ممن يشتغلون يباشرون الخيل كخدم الاصطبلات والبياطرة والنعالين·

يسهل التوقي من الشكل الحاد لانه واضح وسهل تشخيصه ولكن في اغلب الحالات يصعب التوقي من الشكل المزمن لان اعراضه طفيفة وسطحية يسهل عدم ملاحظتها في الحيوان·

ولذلك عَلَى الذين يشتغلون بالخيل ان يراقبوا خيلهم وان يراجعوا البيطر حينما يجدون اقل تحول في احوالها العمومية وبما ان لبلادنا نصيبا وافرا من الخيل وهي المنبع الاساسي للجياد العربية فعلى اطبائنا الوطنيين ان ينوروا اذهان الناس عن هذا المرض وذلك لكي يصونوا انفسهم وخيلهم ·

الهزال او الكشكسيا فى الاطفال

الدكتور دانلوب (مدير المستشفى الملكى بغداد)

ان عنوان هذا المقال غير كافل لايضاح ما سأ درجة فيما يلي لان عنوان الكشكسيا يطلق على الضعف الذي يعتري الاطفال من دون سبب ظاهر ولكنني سابحث بكل ايجاز عن الاسباب الاساسية المهمة التي تولد الكشكسيا في الاطقال والتي صادفتها حين اشتغالي في الطبابة في بغداد دهذه الاسباب عديدة ينبغي كشفها للقيام بمعالجة هذا الداء معالجة كاملة وفي اكثر الاحوال يكون ذلك صعبا ولا يجد الطبيب سبيلا في هذه البلاد لملاحظة المريض مدة طويلة ومتابعة بحثه في المرض واسبابه ليتسى له كشفها لان المرضي يبدلون اطباءهم كل يوم· واظن ان ليس بين الامراض مرض يحتاج الى بحث دقيق كهذا المرض ولا يوجد مرض يتوقف النجاح في معالجته على معرفة السبب كهذا المرض · ولا اعني بالبحث الدقيق البحث الاكلينيكي فحسب بل اريد به استخدام كل ما يمكن الاستفادة منه من الوسائل كاشعة رونتجن والبحث المجهري وقد ذكرت المصنفات الطبية سببين الكشكسيا في الاطفال :الاول ؛اختلال التغذي وعدم انتظامه والثاني ، اختلال جسم الطفل والسبب الاول اكثر وقوعا ولكن اظن ان السبب الثاني في هذه

البلاد هو اكثر حصولا · فالاطفال الذين يقتانون بالارضاع الصناعي في هذا القطر قليلون جدا · ومسئلة اختلال الغذاء واختلاف الارضاع قد ساقت الاطباء لاجراء تجربات كثيرة في السنين الاخيرة ومن اخصهم فينكل شتاين وجرني وكلار · فقد وضع كلر وفينكل شتاين تصنيفا خاصا سلم بصحته كثير من الاطباء الاوربيين والامريكيين وهذا التصنيف يتناول تقسيم الاختلالات الغذائية عَلَى الوجه الاتي : الاول اختلال التوازن الغذائي والثاني سوء الهضم والثالث التحللات والتفسخات والرابع التسممات المعوية · واري من المستحسن ان يصرف النظر عن اي نوع من التصنيف وان تعتبر الاسباب الاساسية التي تتضح لنا حين اجراء التطبيب في العراق · اولا لنأخذ الضعف الذي يحصل من الامراض العضوية · من الطبيعي ان جميع الامراض العضوية تسبب ضعفا للجسم ولكن غرضنا الآن ان نبحث عن الامراض التي يكون فيها الضعف غرضا اساسيا فمن هذة الامراض يتبادر الى اذهاننا مرضان : التدرن والسفلس وقد تقدمت ذكر التدرن على السفلس مع انه من الاسباب القليلة الوجود لان التدرن يندر في الاطفال الذين عمرهم بضعة اشهر ولذلك يحسن بنا التروي قبل البت في تشخيص التدرن والتدرن في الاطفال ينتاب الصدر او البطن او الغدد او العظام ومن النادر ان يكون من دون عرض ظاهر وقد لا يتضح في بعض المرضى اي عرض يدل عَلَى وجود التدرن وهم في قيد الحياة واذا ما فتحت جثثهم بعد الموت وجدت ظواهر التدرن في الرئتين او البطن او الغدد ·

ويجب الاشتباه من وجود التدرن دائما عين وجود ترفع في الحرارة مع فقدان اختلال الهضم او اي مرض عضوي آخر · وعندما يوجد التدرن في الاطفال يكون بشكل التهاب سحائي او تجبن عقدي او التهاب عظمي او تدرن رئوي حاد او التهاب بريطوني اما الالتهاب الدرني البريطوني فهو ينتاب الاطفال الذين يتجاوز عمرهم السنة والتحقيق تشخيص التدرن يستخدم تفاعل (بيركه) في الجلد وقد ترك استعمال هذا التفاعل في الايام الاخيرة لاعطاءه نتيجه موجبة في الاطفال السالمين من المرض ونتيجة سالبة في الاطفال المصابين بتدرن واضح ·

السفلس · وقد وجدت ان الاصابات بالسفلس الوراثي كثيرة في بغداد وهذا ما يبرهن على صحة اعتقادنا في كثرة وجود المرض في الآباء · فالبحث عن تاريخ العائلة ومعرفة سوابق المريض يفيد ان كثيرا في تشخيص السفلس الوراثي والاعراض المشخصة لهذا الداء هي الهزال الذي يظهر عَلَى جسم الطفل عَلَى اثر الولادة والقروح في الجلد وثبوت تفاعل فاسسرمان والنجاح في معالجة هذه الظواهر باستخدام الزئبق فكل هذه الاعراض مما يساعدنا عَلَى التشخيص القطعي ·

وهناك امراض اخرى يجب ان لا نهملها في هذا الخصوص وهي ذات الرئة المزمنة والتقيح الصدري والتهاب الاذن وامراض القلب الولادية والتهاب الكلية ومن الممكن كشف التقيح الصدري بسهولة ولكن قد

تخفي ذات الرئة ولا يظهر من اعراضها سوى ترفع قليل في الحرارة • والتهاب الكلى قد يفضي الى الهزال او الكشكسيا ومن المحتمل جدا ان يغيب عن نظر الباحث وقد حدث لي ان وقفت صدفة على حالتين من هذا الالتهاب وقد حدثت الاوذيما في كليتهما وتحقق وجود خلايا صديدية وباسيلوس كولي في الادرار وفي كلتا الحالتين حصل شفاء تام بنتيجة معالجتي • واما امراض القلب الولادية فيمكن كشفها بسهولة ويدل عليها اصفرار الجلد وزرقة الشفتين وبرودة الاطراف وزرقتها وتغيير الالغاط التنفيسية ومع ذلك فأنني اتخطر بعض الوقائع التي لم ار فيها اكثر هذه الاعراض واعرف الآن في بغداد طفلا مصابا بهذا الداء وهو آخذ في هزال مستمر واظن ان هذا الطفل المسكين سوف يكون سببا لربح بعض الاطباء عَلَى حساب فناء عائلته ولكن مع الاسف لا تنجح فيه كل معالجة والآن احب ان اعرض سببين آخرين للكشكسيا قبل ان ادخل في سرد الاختلالات الهضمية وهما : الاسهال الصيفي والزحار اما الاول فأنني اضرب عنه صفحا لانني تكلمت عنه في مقال خاص سبق نشره في هذه المجلة واما الثاني فهو من الاسباب المهمة التى تعمل عَلَى احداث الكشكسيا •

كثيرا ما نرى الاطفال مصابين باسهال حاد مصحوب بالدم والمخاط وترفع في الحرارة ومع كل ذلك لا نجد سبيلا الى كشف الميكروب في الغائط وتكون المعالجة عرضية ربما نجحت في شفاء الطفل او قد تكون بدون جدوى وهو الواقع في كثير من الاحوال •

كثيرا ما نرى الاطفال مصابين باسهال حاد مصحوب بالدم والمخاط وترفع في الحرارة ومع كل ذلك لا نجد سبيلا الى كشف الميكروب في الغائط وتكون المعالجة عرضية ربما نجحت في شفاء الطفل او قد تكون بدون جدوى وهو الواقع في كثير من الاحوال •

وقد نقل لي الدكتور ميلس (مدير المختبر في المستشفى الملكي) انه فحص يوما ما غائطاً كان منظره الجهري يستدعى الشبهة من وجود باسيللوس الديسانتري فيه ولم يكن منظره كذلك حين بحثه بالعين العارية وكان الغائط عائد الى طفل ضعيف كانت تأخذه حمى وقد عولج معالجة عرضية لم تسفر عن نتيجة واخيرا اكتشف في الغائط باسيلوس الدوزنطريا وعالج المريض بالمصل الخاص بهذا المرض فشفى بمدة يومين• واعتقد ان اغلب الحالات التى تندرج تحت عنوان الاسهال الطفلي اذا فحصت جيدا في المختبر يتضح انها لم تكن سوى حالات من الدوزنطريا الباسيلوسي • والتشخيص الصحيح في امثال هذه الحالات هو عَلَى جانب عظيم من الاهمية لذلك اوصى بفحص الغائط في المختبر في جميع حالات الاسهال ولو لم تتضح اعراض الدوزنطريا بصورة جلية •

من اسباب الهزال او الكشكسيا الولادة قبل الاوان فعندما يولد الطفل قبل اكمال شهور الحمل يكون مهزولا لا يقوى عَلَى اخذ الغذاء الكافي بالرضاع لذلك يكون اقل نموا من الاطفال المولودين بصورة طبيعية • والغذاء الذي يدخل الى جسمه ينفق في حفظ التوازن الغذائي وتوليده والحرارة الغريزية • ولم يبق منه مايصرف لتأمين نمو

الجسم • والان اود ان اخرج عن الموضوع قليلا وانتقل الى مسئلة الغذاء والارضاع • وقبل ذلك يجب ان لا ننسى ان الهزال يكون مهلكا اذا كان منبعثا عن التغذي الناقص ومن اسباب النقص في التغذي التشوهات التي تكون في جسم المولود نحو انشقاق الشفة العليا المعروفة في هذه الحالة (بشفة الارنب) ونقصان قبة الحنك وشلل الوجه وانسداد الانف والى غير ذلك من التشوهات التي تحصل في الاطفال الذين يولدون قبل الاوان • وقد يكون التهاب المعدة من جملة الاسباب التي تمنع الطفل عن الارضاع لان هذا الالتهاب يؤدي الى وجع يحصل عند بلع اللبن • وهناك نقطة اخرى اعتقد انها مهمة وهي ان يكون لبن الام ضعيفا بقيمته الغذائية • فيكون لبنها فى هذه الحالة غير حائز عَلَى تركيب يضمن تغذية طفلها فيتأثر منه واعتقد ان الهزال يغلب وجوده في الاطفال في المناطق الملوثة بمرض الانكيلوستوما اللفقر الدموي الذي تصاب به الامهات بسبب اصابتهن بهذا المرض •

وقد يكون اللبن غير مجهز بصورة ملائمة لتغذية الطفل الذي يعيش بالارضاع الصناعي فيكون ضعيفا جدا ويجب الانتباه الى هذه النقطة في هزال الاطفال الذين لا يظهرون علائم سوء الهضم او مرض عضوي • ولا تنحصر الشرائط غير الملائمة في الغذاء في كونه ضعيفا بل الامر يكون في اغلب الاحيان عَلى عكس ذلك ويعتقد الدكتور (ستيل) ان تخفيف اللبن بالماء بنسبة قليلة يضعف الطفل اكثر مما لو خفف بنسبة كثيرة •

ويجوز ان يكون اللبن سببا للاضطرابات حتى فيما لو كانت قوة التغذية فيه ملائمة لمصلحة الطفل وقد ظهر ان للبعض عدم استعداد ولادي لهظم الدهن الذي يشتمل عليه اللبن ولذلك يسوء هضم هذه المادة عندهم باقل سبب وسوء الهضم من اعظم دواعي النقص في وزن البدن بسبب مايؤول اليه من اختلال التوازن بين الغذاء الوارد والمستهلك • ويكاد يكون دائمي الوجود في الاطفال المهزولين وهو اما سبب للهزال او نتيجة له • وقلما يوجد الطفل مهزولا وهو غير مصاب بفساد الهضم • ويحصل سوء الهضم قاعدة عن غذاء معيوب ناقص

وسوء الهضم ينتاب الطفل في بعض الاحيان بسرعة عظيمة ويؤدى الى ضعف عاجل سواء كان ذلك الطفل يقتات من الثدى او الرضاع الصناعي • ومن اعظم الاسباب تأثيرا في افساد هضم الطفل هو الارضاع الكثير المتواصل لان الطفل في هذه الحالة يأخذ من اللبن من المواد السكرية والدهنية مايفيض على احتياجه فالمادة الاخيرة تسبب له القبض الشديد فيكون برازه صلبا باهت اللون واما زيادة السكر فانها تجعل الغائط سائلا حامضيا يخالطه شيء من الغازات • واذ كان اللبن غنيا من المواد الزلالية فهو يحدث في الطفل قيء مواد جبنية بيضاء • وفي بعض الاحيان تنضم الى سوء الهضم عوارض انتانية اخرى فتؤول الحالة الى تسمم معدى معائي • واعراض سوء الهضم متنوعة جدا • وتظهر غالبا بهبوط وزن الطفل وفقدان او نقص في الشهية وقيء واطراح غازات مع البراز • فالقيء يكون ذا رائحة حامضية ويكون البطن منتفخا وفيه مغص وتترفع الحرارة وتنطلق البطن وتكون اوصاف الغائط مختلفة بحسب نوع سوء الهضم فهو يحتوى على مواد متجبنة حامضية ويحمر الجلد المحيط بالشرج ويتخدش فيصبح الطفل من اجل ذلك مسلوب الراحة متململا

وهناك نوعا من الكشكسيا (الهزال) يحصل بدون وجود سبب من الاسباب التي ذكرناها آنفا ويسمى الكشكسيا الاصلية او الذاتية فيكون الغذاء في هذه الاحوال كاملا ولا يوجد سوء هضم او مرض عضوى في البدن يعلل حدوث الهزال ٠ فيأخذ الطفل ضعف مستمر ويموت ولا يوجد في بدنه بعد موته سبب للهزال والموت ٠ ويكثر وجود هذه الحالة في الاطفال الصغار ٠ وربما كانت ناشئة عن نقصان في تمثيل الغذاء ولكن السبب مجهول والبعض من المؤلفين قد اسند ذلك لاختلال في افرازات الغدد الداخلية ٠ والافضل ان نتمثل بقول الاستاذ (هوجكنسن) « انا لانعلم عن ذلك شيئاً ونتركه عَلَى حاله » ولنبحث الآن عن بعض مضاعفات الكشكسيا)

قد تنضم الى الكشكسيا اثناء سيرها عوارض مرضية اخرى تضاعفها ومن تلك العوارض استيلاء الميكروبات الصديدية فهي تؤدى الى حصول دمامل وقروح ٠

وقد يستولي على الجسم الهزيل باسيلوس التدرن او باسيلوس كولي ويفعل فعله فيه ٠ ولا يندر في هذا الجسم حصول التهاب كلوى يتظاهر بانتفاخ اوزيماوى والاوزيما هنا من الاعراض التي تنذر بالهلاك وتظهر في الكف والقدم ومنهما تنتشر الى جميع اجزاء الجسم ٠

ومن الصعب في هذه الحالة وجود الزلال في البول ٠ وقد روى وجود الاوزيما في الاطفال الذين يرضعون اللبن الممزوج بحامض الليمونيك ٠ وفي بعض الاحيان يظهر في المهزولين التهاب كلوى مصحوب بالاندفاعات الجلدية المعروفة باسم Purpura وتكون البوربورا بشكل انزفة دموية جلدية تقع هنا وهناك يظنها الباحث لدغة بعوض ولكن اثر لدغة البعوض يحتوى في مركزه عَلَى نقطة مشخصة له ٠ وليس من النادر ان يحصل في المهزولين التهاب الاذن الوسطي ٠

الانذار : يجب التروى والتحفظ عند البت في عاقبة المرض مهما كان سببه ويجب ذلك حتى في الحالات التي تسير سيرا سليما ٠ لانه من الممكن ان تشتد وطأة المرض ويكتسب شكلا وخيما في جميع الحالات ٠ والنوع الذاتي الذى بحثنا عنه هو من اخبث انواع الكشكسيا وكذلك النوع الحاصل عن السفلس الوراثي لان هذا النوع يكون دائما مصحوبا بمرض قلبي وخيم ويكون الشفاء في هذه الحالة امرا مستحيلا ٠ فاذا كان الطفل قد تمكن من اجتياز الاشهر الاول من حياته ٠ ففي وسعه ان يعيش مع هذا له سنين عديدة ولكنه يكون هذيلا طول حياته والاحوال التي تكون فيها حرارة البدن دون الدرجة الطبيعية تعد وخيمة العاقبة ٠ وكذلك التدرن العمومي ٠ واما تدرن البريطون فيمكن شفاؤه في بعض الاحوال اذا كان العلاج معقولا ٠

المعالجة : تستدعي صبرا طويلا من قبل الطبيب والمريض معاً ٠ ويجب ان لاتقتصر المعالجة عَلَى الادوية والحمية بل يجب ان تتخذ لذلك المعالجة الصحية اذ انها من العوامل المهمه فالنظافة واستنشاق الهواء الطلق والاستفادة من نور الشمس كلها من الاسباب التى يجب استخدامها في المعالجة ٠ ومن الضرورى لنجاح المعالجة ان تكون الام مهذبة وعاقلة فتعتني بطفلها وتنفذ ارشادات الطبيب ٠ ويجب على من يتولى القيام على المريض ان لايتركه بثيابه طول النهار بل يجب تبديلها كلما دعت الضرورة الى ذلك ٠ وينبغي الاحسان اليه وتلطيفه بما يجلب اليه السرور وهذه الاسباب لاتتيسر في المستشفيات لذلك فان معالجة هذا الدواء في المستشفى اصعب منها في الدار ٠ ويجب وزن

الطفل بصورة منتظمة لانه يكون في بعض الاحوال الدليل الوحيد لمعرفة حالة المريض وتقدمه نحو الشفاء ٠ ويجب وزن الطفل على الاقل مرة واحدة في الاسبوع في وقت معين وساعة معينة بعد الارضاع ٠ ويجب معالجة الشكل الدرني حسب الخطط المرسومة وقد يكون شفاء التهاب البريطون في بعض الاحيان بسرعة تستدعي العجب وفي هذا المرض تكون حفظ الصحة فوق كل شئ بعد تطبيق العلاج النافع ٠ وقد اوصى (هوجكنصون) اعطاء اليودوفورم بمقدار نصف حبة ممزوجا بدهن الحوت ويستعمل ذلك شربا او دلكا عَلَى الجلد ولا شبهة في ان الارضاع الجيد هو على جانب عظيم من الاهمية في معالجة هذا المرض ٠

ويستعمل الزيبق الطباشيري للطفل المصاب بالسفلس الوراثي ويعطي هذا العلاج ممزوجا مع سفوف الراوند المركب عندما يكون في الطفل قبض ومن دواعي الاسف ان هذا العلاج الجيد يترك حالما يظهر تحسن قليل في صحة الطفل في حين انه يجب المواظبة عَلَى المداواة سنة عَلَى الاقل وتحقيق شفاء المرض بواسطة تفاعل فاسرمان ٠ وفي كل حالة يجب تنظيم الارضاع ووضعه عَلَى قواعد اساسية ٠

ويعلم الكل ان كثرة الغذاء مضر اكثر من قلته ٠ فيجب عَلَى الام او المربي ان يعرفان قدرة الطفل عَلَى الهضم ويعطيانه غذاءه بحسب اقتداره على هضمه ٠ واعلم ان المواد الدهنية تؤدي دائما الى اختلال الهضم وحينما يشرع في المعالجة يجب تنظيف القناة الهضمية بمقدار مناسب من زيت الخروع واذا كان في الطفل اعراض وخيمة يجب منع الغذاء عنه بتاتا واعطاءه الماء المغلي المحلى بالسكر فقط لمدة اربعة وعشرين ساعة او اكثر ولكن لايجب منع الطفل عن الغذاء مدة طويلة لانه لايتحمل ذلك وينبغي المباشرة باعطاءه الغذاء رويدا رويدا حسب حالة الغائط ٠ واذا دل الغائط عَلَى ان الشحم غير مهضوم فيعطى له ماء الجبن وغير ذلك من الغذاء الضعيف ٠ واذا اختل هضم الزلال يعطى اللبن مع البتون وحامض الليمونيك واذا كان سوء الهضم من زيادة السكر يجب تقليله ٠

ومسئلة الارضاع مهمة جدا في التداوي ٠ فكلما كان الطفل ضعيفا وصغيرا كلما وجب تزييد مقدار الارضاع ومن الصعب تحديد قواعد ثابتة للارضاع بل يجب التصرف به حسب الحالة ففى الارضاع الطبيعي يمكن ارجاع مدة الرضاع الى مرة في الساعتين وبعد ذلك يجوز تكثيره وفي الحالات الوخيمة يجب استعمال لبن الام فقط لقلة احتوائه عَلَى الدهن ومن حيث العموم لاينفع الدواء كثيرا الا في بعض حالات خاصة كانتفاخ البطن واوجاعه ٠ فالزئبق الطباشيري مفيد حتى في ما عدا وقائع السفلس الوراثي لانه ينبه العصارة المعوية وتسبب اللينة وينفع الكحول اذا كان الضعف كثيرا والحرارة اقل من الدرجة الطبيعية وينفع حقن زيت الكافور تحت الجلد وقد اوصى استعمال خلاصة الغدة الدرقية ولكنها قليلة الفائدة واما دهن الحوت فهو صعب الهضم ولكنه يفيد في بعض الاحيان ٠

وينتهي المرض بالهلاك في بعض الحالات بالرغم من جميع وسائل التداوي وهذا ماتراه في هذه البلاد ٠ لان الام تنتظر من الطبيب الخوارق فتطلب منه دواء يشفي ولدها بجرعتين فاذا تأخر الشفاء نبذته واسرعت الى طبيب آخر ٠ فمن الصعب اقناع ام كهذه بان الحمية رأس كل دواء ومن المستحيل ان يذعنوا الى ارشاد الطبيب فمن الواجب اذا ان نأخذ بكلام (هوجكنصن) القائل : اصبر وتذكر ان الاصل في فن المعالجة ان لا تضر مريضك ٠

حول السيفليس العصبي الزوجى

الدوقتور جورج حيقارى

قرأت في العدد الثامن من المجلة الطبية البغدادية الغراء مقالا عن « السيفليس العصبي الزوجي وتكونه » لحضرة فتح الله افندي عقراوي طالب طب في اوربا · واول ماقرأت عنوان المقال تخطرت حالا مقالة الاختصاصي الشهير سيزارى التي كنت قد اطلعت عليها سابقا · وقد ترجم حضرة رصيفنا المقبل افكار المؤلف المذكور · الا اني بعد ان انتهيت من تلاوة ترجمته وجدت انه قد اغفل عن ذكر نقطة مهمة جدا في الموضوع وانه اعطي الاهميه الى نقطة اخرى لم يعترف بها المؤلف الاصلي :

اولا : ان المترجم قد اهمل ذكر سبب مهم وهو التربية البنيوية او الاستعداد الشخصي الموجود عند كل فرد لقبول مرض خصوصي دون سواه او تمركزه واختلاف مظاهره في اجهزة لاتصاب عموما عند غيره · والعلامة سيزاري ذاته لم يرفض فى مقاله هذا السبب المهم فيقول: « كل يعرف اهمية العامل البنيوي في حدوث الامراض فلنر الى اي حد يمكنه شرح الزهري العصبي الزوجي ، لا يسوغ الادعاء بان ذات الاستعداد الارثي موجود عند الزوجين · قد ذكر ذلك الاستعداد بملاحظة ان بعض افراد الاسرة الواحدة لقحوا بجراثيم مختلفة المصدر وكلهم اصيبوا بمظاهر عصبية · وقد ذكر نون Noune حوادث كهذه » وسيزاري نفسه يؤيد هذه الحوادث بمشاهدات شخصية ويضيف عَلَى ذلك قائلا : « حقيقة يمكن تصور زوجين مستعدين بالتساوي وراثيا للابتلاء باصابة عصبية ولكن يجب ان يبرهن ان الاستعداد للاصابات موجود حقيقه فى العائلات التي ينسبا اليها والحال ان هذا البرهان لم يحصل بعد » (اذا يمكن وجوده) « عدا ذلك انه عَلَى وجه العموم وعَلَى مايبان لنا قد بولغ في تأثير عامل الاستعداد الارثي او العائلي عَلى الامراض الزهرية الاصل » اذا له تأثير ولكن يجب ان يحدد حسبما يستحق) · « وهكذا كما بينا ان الاولاد الناتجة من مريضين مصابين بعلة عصبية لايتحتم اصابتهم بعلة عصبية » ·

وان كان المؤلف يفند حسب نظرياته وملاحظاته كل ادعاءات خصومه فانه لاينفي تماما تأثير التربية البنيوية ولوان وجودها تماما عند الزوجين يحصل من باب التصادف ولاينقص شيئاً من قوة برهانه · والمؤلف السالف لذكر يرجع الى عين الموضوع عندما يتكلم عن تكون الزهري العصبي في مقالة شائقة في ذات المجلة الطبية La Presse Médicale عدد ا سنة ١٩٢٦ اذ يقول ان عامل التربية يظهر لنا اولي او اساسى حقيقة « وهذه التربية يكتسبها الجسم عَلَى مر العصور حسب تعامل خصوصي يغير في هرمظاوتمركز الداء الزهرى مثلما يشاهد في امراض اخرى كالرثية المفصلية التي صارت وتتمركز في القلب اكثر مما كانت في العصور الاولى ايام تفشيها في احدى الاقوام وقس عليه البواقي

ثانيا : ان المترجم نسب الاهمية التي خصها المؤلف بالاستعداد الشخصي الى المحيط بقوله · « اما تأثير المحيط فلا احد يستطيع ان ينكره » والحال ان المؤلف قال مايقارب هذا القول عن الاستعداد الشخصى لاعن المحيط وقد اضاف المؤلف عَلى ذلك قائلا « ان العامل الاجتماعي ليس له اقل تأثير في حدوث الزهرى العصبي الزوجي »

لا اقصد في ملاحظاتي هذه مغالطة نظريات ليفاديتي

وا · مارى ونون من جهة ولا تأييد نظرية سيزارى وجانسليم وسيكار من جهة اخرى ولوان الحقيقة عَلَى مايظهر في جانب الآخرين ثم ولا انتقاد زميلنا المقبل الذى لابد لى ان اهنئه عَلَى جده وتعلقه في حب العلم بل اريد ان اخدم قرآء المجلة الغراء واذكرهم ان الحقائق العلمية المنشورة عَلَى صفحات المجلات توثر جدا عَلَى من يتتبع سير الاراء والتقدم في مهنتنا الشريفة العالية المنال · وان كل حقيقة نعرض على الرأى العام الطبي سوف تتبع عمليا وتطبق عَلَى الاصحاء او المرضى · لذلك يعتمد عَلَى الحقائق اذا كانت خاصه معطاة ومدافع عنها من قبل ائمة المهنة المشهود لهم بطول الباع ونزاهة النية ولـكي يمكن للقاوئ التمسك باحدى النظريات او التحرب لبعض المبادئ العلمية والعمل بها يجب على الـكاتب وبالاحرى على المترجم ان يعرض له في مقالاته حقيقة افكار المؤلف الاصلي ان يفهمها جيدا ويذكر كل ماجاء موافقا او مخالفا لها وهكذا يساعده عَلى انتقاء النظرية التي تبان انها الاصوب والاقوى ·

- - —>ooo<— - -

المستشفى الملكى	الطبيب
داود نسيم

سرطان الخصية عند الصبيان

يقال بوجه عام ان اورام الخصية في دور الطفولة نادرة الوجود ولا تظهر الا عند الكهول في الزمن الذي تنشط فيه الافعال التناسلية والاورام تكون عادة منحصرة في جهة واحدة · وان هجرة الخصية وتبديل موضعهـا من الاسباب المهيئة لحدوث الاورام · وقد عثرت اخيرا على صبي اصيب بورم خبيث من هذا القبيل وهو من النوادر · لذلك رأيت ان اتحف به قراء المجلة الطبية البغدادية لما فيه من الفائدة العلمية :

راجع عيادة المستشفى الملكي في ١٧—١٢—٢٥ صبي يدعي ع · ن عبد الخالق وهو من كربلا وله من العمر ست سنوات يشكو من ورم في الخصية مصحوب باوجاع طفيفة · وكان ابواه في قيد الحياة ومتمتعان بصحة جيدة وله ثلاثة اخوة وكلهم في تمام الصحة · وكان الصبي تام الخلق ولا تدل ملامحه عَلَى انه مصاب بمرض مهم ·

وقد تكون هذا الورم في خصيته قبل مراجعته باربعة اشهر ولم ينتبه اليه الصبي ولكن اقرباؤه قد شاهدوه فيه عَلَى اثر رجوعهم من التنزه يوم من الايام ولم يتخطروا تماما احوال الورم في بادئ الامر وغاية ما استطعنا ان نفهم منهم ان الورم كان في بدأه صلبا للغاية وقد اخذ في النمو تدريجا الى ان ابلغ هذا الحجم ولكنه لم يؤثر في صحة الصبي تأثيرا محسوسا · وكان ادراره طبيعيا ولم يشك اثناء المدة المذكورة سوى من الارق الذي يأخذه في بعض الليالي · وعند بحث المريض وجدنا خصيته قد استحالتا الى ورم مستطيل يمتد طولا من الارتفاق العاني الى نقطة تبعد من فوهة الشرج بسانتمترين وعرضا من الثنية المغبنية اليمنى الى ما يقابلها في الجهة اليسرى وكان لون الجلد طبيعيا في اسفل الصفن وجوانبه واما في جهته الامامية فقد كان الجلد احمرا ومجعدا وملتصقا بما تحته من الاقسام ·

وقد وجد في كل من الالتوائين المغبنيين اربع عقد لنفاوية مرتبة عَلَى الوجه الآتي : واحدة منها في الاعَلَى وموضوعة

مستعرضا والثلاث الاخرى مرتبة على هيئة مثلث وكان هذا الترتيب واحد في كلا الجهتين وكان على الجلد ارتسامات وريدية ولا يمكن ادراك الحد الخلفي للورم لانه كان ممتدا الى الحفرة الحرقفية وطوله يساوي ٢١ سانتمترا وعرضه في قسمه الاعلى ١٨ سانتمترا وفي قسمه الاسفل ١٣ سانتمترا وكان سطح الورم مستورا بحدبات صغيرة الحجم



الشكل ٢

(كما يدل عليه الشكل ٢) البعض منها صلب والبعض الآخر رخو له قوام الكيس المملوء بالسائل وقد ظهر بالفحص الشرجي ان الورم كان ملتصقا بجدار المعي المستقيم الامامي ، وعند بحث الخصيتين بالجس فلم يمكن تفريق الورم عنهما اذ ان الجميع كان قد استحال الى كتلة واحدة صلبة القوام .

ولما اجرى فحص دم المصاب بتفاعل فاسرمان اسفر الفحص عن نتيجة سالبة ولم يتيسر استنباط شيء من المعلومات من البحث باشعة رونتجن .

فاذا القينا نظرة الى الاوصاف التي اسلفنا ذكرها لم يبق شك لدينا ان تلك الآفة انما كانت نوعا من الاورام الخبيثة ولكن كان من المستحيل تعيين جنس هذا الورم قبل الشروع بالعملية والبحث «التشريحي المرضي» لان نسج الخصية واغشيتها كان متنوع جدا : وقد قام الدكتور صائب شوكت باجراء العملية فاتضح لديه ان الخصية اليمنى سالمة واما الخصية اليسرى فكانت بحجم البرتقالة تمتد من فوهة الشرج حتى العانه وملتصقة جدا بالجسم الاسفنجي والجدار الامامي للمعي المستقيم واماما بالارتفاق العاني وكان من الصعب سلخ الجلد عن هذا الورم وكان الورم في الجهة اليمنى قد زاحم الخصية ودفعها الى القناة المغبنية وبعد استيصال الورم قد ظهر ان الخصية اليمنى سالمة ولا يوجد فيها تغير مرضي واما الخصية اليسرى فكانت تحتوي على ورم يمتد الى داخل القناة المغبنية وكان مستولى على قسم عظيم من الحبل المنوي لهذا فقد اقتضت الضرورة لتوسيع الشق الى جهة البطن اثناء العملية لاجل رفع الحبل المذكور .

وقد صعب تجريد الورم عما يجاوره من الانسجة لشدة التصاقه بها عند القسم الاسفنجي الاحليلي وقد اسفرت العملية عن نجاح باهر ولم يطرأ على المريض بعدها اختلاط ما وقد شفي المريض بعد عشرة ايام وترك

المستشفى وهو على اتم درجة من الصحة (كما يدل عليه الشكل ٣)



الشكل ٣

اوصاف التشريحي المرضي : كان الورم المستأصل بشكل مخروط ناقص مضغوط من اعلى الى اسفل ووجد على سطحه العلوي تلم حاصل من انطباع الوجه السفلي للاحليل وقد وجدت على جانبيه انطباعات الحافة السفلى للقسم العاني وكان الوجه السفلي لم يزل محتويا على جلد مجعد ظل ملتصقا وكان يرى الحبل المنوي في احدى زواياه والورم يحتوي على جميع اجزاء الخصية ومشتبك معها بحيث لا يمكن تفريقه ، وعند قطع الورم المذكور قد شوهد ان نسج الورم غير منتظم وغير متجانس فالبعض منه صلب غضروفي والبعض الآخر بصلابة العظم يتخلله احواف وعدم التجانس هذا منبعث عن تعدد نسيج الخصية واختلافه وقد تبين بالفحص المجهري ان الورم انما كان من نوع الكرسينوما والابحاث التي اجريت سواء كانت سريرية او جراحية اونسيجية فانها جميعها جاءت مؤيدة لهذا التشخيص .

وتقسم الاورام الخبيثة للخصية الى عدة اقسام ولكن يمكن حصرها في قسمين اساسيين .

الاول : الاورام العائدة الى انسجة الخصية كالانابيب الابتليائية والحجرات الخلالية والنسج الضام .

الثاني : الاورام الناشئة عن جسم وولف اي الرشيمية .

فلهذه الاسباب ونظرا الى ما ذكرنه انفا من الممكن حصول اورام خبيثة متعددة في الخصية بحسب اختلاف الانسجة التي فيها ولكنني اضرب صفحا عن ذكرها لاعتقادي ان ليس للقراء فائدة من ايرادها . اما من حيث الاعراض فان اورام الخصية تشكل بحد ذاتها وحدة سريرية لا يمكن التفريق بينها وفي جميعها يبدأ المرض باعراض تخدع المريض فلا يشعر بشيء منها سوى ثقل في الخصية مصحوب باوجاع طفيفة ثم ينمو الورم سريعا حتى يكسب حجم جمع اليد بل وحجم رأس الجنين .

ويكون قوامه غير متجانس فهو صلب في بعض الاقسام ورخو في اقسام اخرى ويكون سطحه املسا في بعض الاحيان ومحدبا في احيان اخرى ويحتوي الصفن احيانا على جزا من الترشحات المصلية اي الانسكابات ويمكن في بعض الاحيان جس الحبل المنوي وحينئذ تدركه اليد وهو غليظ ملتصق بخصية عظيمة الحجم وتتسع التغيرات

المرضية في الحبل المنوي حتى تصل اقسامه التي في داخل القناة المغبنية ويكون الورم دائماً بضخامة العقد اللنفاوية المغبنية والقطنية والقريبة من الفقرات الا ان العقد الاخيرة لا تدرك بالجس واذا تقدم المرض يتقيح الورم ويتقرح والورم لا يورث الالم الا حين يضغط على الاوعية والاعصاب والمرض اما ان يظهر بشكل حاد يهلك المريض في بضعة اشهر واما يكتسب شكلا مزمنا . يصطحب البعض منه انسكاب في الصفن ويحجب الورم ويحول دون ظهوره مدة من الزمن وفي بعض الاحيان ينشاب الورم خصية مهاجرة كما ذكرت في مقدمة هذا البحث ولا يشعر المريض به الا عندما يضغط على الامعاء ويحدث فيها انسدادا حادا .

اما عاقبة تلك الاورام ومعالجتها فلا تختلف عن باقي الاورام الخبيثة الا ان Chevassue قد ذكر حصول الشفاء التام في ١٦ حالة من ال ٤٧ حالة التي عثر عليها ويتم هذا الشفاء على شرط انجاز العملية الجراحية قبل فوات الوقت واستيصال الطرق والعقد اللفاوية المجاورة للورم .

الحبن او الاستسقاء الزقي في العراق ومناسبته مع الانكيلوستومياز

Ascite et Ankylostomiasts

الدكتور هاشم الوتري

تعريف الحبن :

لما كان البريطون غشاء مصليًا او بعبارة اخرى شبكة من النسيج الضام تغطيه طبقة من الاندوتليوم فكان من الطبيعي ان يتصف باوصاف ما يشاكله من الاغشية المصلية ومن تلك الاوصاف ان تتجمع فيه السوائل قليلة كانت او كثيرة ويكون تجمعها منبعثاً عن اسباب مختلفة .

فهذه السوائل التي تنسكب في تجويف البطن وتمدده تسبب حالة مرضية تدعى (الحبن) والحبن لغة عظم البطن وورمه ويراد به في الطب تجمع السوائل في البطن حتى يصير شبيهاً بالزق وهذه الكلمة هي مقابل (Ascites) اليونانية ومعناها (الزق) او القربة وهي تؤدي معناها تماماً اذ انها تصور للمرء بطناً كبيراً متمدداً يحاكي القربة او الزق المملوء بالماء (*)

ولكن هذه الكلمة لا تطلق على اي سائل ينسكب في تجويف البطن بل انها خصصت للسوائل المصلية دون سواها واما الانسكابات (Epanchements) الاخرى كالتهابات البريطون الصديدية الحادة او المزمنة والهيمو بريطون Hémopéritoine وهو عبارة عن انسكاب دم خالص في تجويف البطن و (الكوله بريطون) (Choléperitoine) الناشئ عن انسكاب الصفراء في البطن فكل هذه الانسكابات لا تندمج في دائرة الآسيت بل انها تدرج في ابحاث مستقلة .

التشريح المرضي :

ينقسم الحبن الى مصلي اوليموني اللون وكيلوسي ولبني ويرقاني او صفراوي ودموي :

الحبن المصلي او الليموني : هو حبن يحتوي على سوائل

(*) قد قسمت العرب الاستسقاء الى ثلاثة اقسام (١) الاستسقاء اللحمي وهو ما تتراكم فيه السوائل تحت الجلد ويطابق كلمة (الاوزيما) (٢) الاستسقاء الهوائي وفيه ينتفخ البطن ويعظم بسبب هواء فيه (٣) الاستسقاء الزقي وفيه يكون البطن عظيم الحجم بسبب مياه تتراكم فيه وهو ما يطابق (الحبن)

رائقة عديمة اللون او في الغالب ضاربة الى الصفرة كلون الكهرباء او الليمون وعديمة الرائحة وتفاعلها يكاد يكون دائماً قلوياً وقد يكون متعادلا في بعض الاحيان وقد روى البعض من ثقات الاطباء ان التفاعل يكون حامضياً في احوال نادرة حتى لو كانت السوائل قد افرغت حديثاً . والثقل النوعي لهذه السوائل يتراوح بين ١٠٠٥ و١٠١٩ ومع ذلك فان السائل اذا ركد في البطن زماناً طويلا فانه يتكاثف ويتلبد نظير ما يحدث في الادرار وهو في المثانة ومن ثم فاننا كثيراً ما وجدنا عند بزل البطن ان الطبقات العميقة والتي تجري اولا تكون اعظم ثقلا نوعياً من التي تليها

واذا افرغ السائل فلا يلبث ان يطرأ عليه التخثر وتكون المواد المتخثرة رقيقة شفافة في بادئ الامر ثم يشتد قوامها كلما طال امد افراغ السائل حتى تصير شمعية القوام واخيراً تذوب مرة اخرى في السائل ودرجة انجماد هذه السوائل تكون اعظم مما هي في المصل الدموي بسنتيمترين او اربع سنتيمترات وعلى هذا يكون الحبن المصلي هيبو تونيكيا بالنسبة الى الدموي .

ولما كان سائل الحبن مشتقا من المصل الدموي فانه يقرب منه من حيث التركيب الكيمياوي اذ انه يحتوي على نفس الاملاح غير العضوية التي توجد في البلاسما الدموية ولكنه يشتمل فضلا عن ذلك على آثار من مركبات عضوية هي : صور عديدة من الزلال (سروم البومين، سروم جلوبولين ، فيبرين ، واحيانا البارالبومين) واجسام دهنية نخص بالذكر منها (الكولسترين) والبولينا (الاوره) وحامض البوليك والجوانين والكسانتين والهيبوكسانتين والكرياتين والكرياتينين واللستين واللوسين والكولسترين والدكستروز . ولكن لا يتحتم وجود هذه المواد جميعها في اي حبن مصلي بل قد يكون البعض منها مفقوداً .

وقد وجدنا في سوائل الحبن عند اثنين من المصابين باليرقان شيئ من الصباغات الصفراوية ويكون مقدار البولينا في سوائل الحبن المصلي عادة بنسبة نصف الجرام في الليتر ولكن قد يرتفع مقدارها في بعض الحالات وقد ذكر بعضهم انه قد وجد في مصاب بالاورمي ١٢ ليتر من سائل الحبن وكان يحتوي هذا على ٢٥ جراماً من البولينا في حين ان ادرار المريض كان لا يتجاوز ٤٠٠ س م٣ في الاربع والعشرين ساعة وكان هذا الادرار لا يشتمل على اكثر من جرامين ونصف الجرام من البولينا . وقد وجد مصاب بالسرطان وهو لم يطرح منذ ثلاثة ايام ولا قطرة واحدة من الادرار ومع ذلك فقد وجد فيه ١٠٠٠ س م٣ من سائل الحبن ٦ جرامات من البولينا (دائرة المعارف الطبية الالمانية) .

واهم ما يستوقت نظر الباحث من مقادير العناصر التي يتركب منها سائل الحبن المصلي هو الزلال لان الوقوف على مجموع الزلال الذي في السوائل يفيد في معرفة نوعه فهو الذي يساعدنا في الحالات المشكوكة على تفريق الترشحات (Transsudat) البريطونية من النتحات (Ezudat) الالتهابية . فاذا كان مقدار الزلال في سوائل البطن يفوق نسبة ٤٠ جرام في الليتر دل ذلك على ان الحبن التهابي واذا كان دون الـ ١٥ جرام في الليتر فان الحبن يكون حينئذ رشحيا اي ميكانيكيا . ولما كان مقدار الزلال في السائل مطابقاً لدرجة ثقله النوعي

فمن الجائز استخدام الثقل النوعي للتمييز بين ترشحات البريطون ونتحاته • ويقال اجمالاً ان السوائل التي يكون ثقلها النوعي دون درجة ١٠١٤ هي من نوع الترشحات والسوائل التي يفوق ثقلها النوعي درجة ١٠١٦ هي من نوع النتحات • ومع ذلك فلا الزلال ولا الثقل النوعي يساعد المرء في بعض الحالات على الجزم في هل هناك حبنا ام التهابا بريطونياً لذلك فلا يحق للباحث ان يستند في تشخيصه على الثقل النوعي وحده دون ان يراعي الظواهر الاكلينيكية التي تتضح له من معاينة المريض

وهناك طريقة خاصة لتمييز الحبن الالتهابي عن الرشحي تدعى بتفاعل (ريفالتا) (١) وهذا التفاعل مؤسس على خاصة من خواص الفيبرين وهي تخثره في وسط حامضي وهو التفاعل الذي نستعين به كل يوم في المستشفى الملكي لتعيين نوع الحبن مبدئيا •

وبالفحص المجهري يوجد عادة في سوائل الحبن المصلي شيء قليل من العناصر الخلوية وهي عبارة عن خلايا مدورة قد تجمع جزء منها او تشحم آخر واستحال الى خلايا ذات حبيبات دهنية • وخلاف ذلك فقد يوجد في الحبن المصلي خلايا ابتليائية مفعمة في الغالب بتجاويف او حبيبات دهنية وتتأتى هذه الخلايا من سطح البريطون

(١) تفاعل ريفالتا : يؤخذ قدح ذو قدم اهرامى مملوء بالماء المقطر ثم يحمض الماء بعشر قطرات من حامض الخليك تقطر عليه ثم يسقط عليه قطرة واحدة من سائل الحبن فيكون التفاعل موجبا اى ان قطرة السائل تحدث فى الماء المحمض سحابة تشبه دخان السيكارة اذا كان سائل الحبن التهابيا واذا كان الحبن عبارة عن رشح ميكانيكى فان التفاعل يكون سالبا اى ان قطرة السائل الحبنى تفتل فى الماء المحمض ثم تذوب فيه .

وماعدا ذلك يوجد بضع كريوات حمراء واحيانا لويحات الكولسترين •

وسائل الحبن المصلي او الميكانيكي يكون خلواً من المكروبات لاسيما الذي يخرج في البزل الاول وقد تتسرب اليه بعدئذ انواع عديدة من المكروبات باوجه متنوعة •

الحبن اللبني : Ascits Lactescentes يحتوي هذا الحبن على سائل ابيض غير شفاف قليل الدهن يشبه اللبن المخفف بالماء وهو خلافاً لمظهره فلا يحتوي على قطرات الشحم ولا الخلايا ذات الحبيبات الدهنية وبالفحص المجهري فلا يوشك ان يختلف عن الحبن المصلي وقد علل البعض منظره هذا باحتوائه على اجسام النوكلهئين والموكوئيد بينما ان مؤلفين آخرين يرون ان اللون اللبني انما هو حاصل عن احتوائه على كمية وافرة من اللسيثين •

الحبن الشحمي : (Ascites Adiposus) ويحتوي على سائل يشبه ايضا اللبن ولكن اللبن الذي لم تنزع زبدته لانه اذا ركد مدة من الزمان تعلوه قشرة من الزبد تماثل الحباب (القايمق) ويشاهد هذا النوع من الحبن في الليبيميا (Lipämie) وتدرن البريطون وسرطانه وقد شاهدته مرة في امرأة مصابة بسرطان البريطون وهي في نحو الستين من العمر توفت في المستشفى وقد ظهر في احشائها عدة بؤر للسرطان •

وينشأ هذا الحبن الدهني في سرطان البريطون وتدرنه لان كثيرا من خلايا هاتين الآفتين تتشحم وتستحيل الى خلايا ذات حبيبات دهنية وهذه الخلايا تمتزج بالمرتشحات البطنية فتجعلها غنية من الشحوم •

وبتمييز سائل هذا الحبن عن غيره مجهريا بكثرة احتوائه

على الخلايا ذات الحبيبات الدهنية والخلايا المتشحمة وربما وجدت فيه شذرات شحمية سائبة وخلايا الاورام التي نشأ عنها الحبن • والثقل النوعي لهذا السائل يتراوح بين درجتي ١٠١٢ و ١٠٢٣ واذا ارتقى الثقل النوعي الى درجة اعلى من تلك فلا شك ان ذلك يكون دالا على وجود التهاب • ولا يطرأ التخثر على الحبن الدهني مهما طال مكثه في الهواء بخلاف مايكون في الحبن الكيلوسي •

الحبن الكيلوس : Ascites Chylosus يتكون هذا الحبن من تجمع الكيلوس في تجويف البطن ومن النادر جدا ان يرى في هذه الحالة تمزق في الاوعية الكيلوسية كالقناة الصدرية مثلا فلا يكون حينئذ حبنا بالمعنى الصحيح بل ان مايتجمع في البطن هو نزيف كيلوسي • وفي اغلب الاحيان لايوجد مثل هذا التمزق ويحصل الحبن الكيلوسي عن رشح من جدر الاوعية الكيلوسية وقد ذكر V. Winckel في مشاهدة له ان مثل هذا الحبن قد حدث عن انسداد القناة الصدرية بدود الفلياريا •

وفي عام (١٩١٠) رفع الدكتور Wise تقريرا ذكر فيه انه وجد شخصا من اهالي Guiana البريطانية تحقق ببزل البطن انه مصاب بالحبن الكيلوس وعند وفاته وجد في بطنه كيس واسع قد استوعب تجويف البطن برمته وزاحم الاحشاء وحصرها في الحوض وفي المسافة التي تحت الحجاب الحاجز • وقد اظهر البحث النسيجي ان الكيس قد تكون بين ورقتي المساريقة وكان من المحتمل ان هذا الكيس عبارة عن كيس احتباسي نشأ عن انسداد احدى القنوات الكيلوسية ولكنه لم يتوصل الى كشف (الفلياريا بانكروفتي) هناك سواء كانت في حالة الكهولة او المسرفة • وفي عام ١٩١٧ وجد Breinl و Priestly مصابا آخرا توفي باعراض البريطونيت الحاد ووجد في بطنه ماينوف على النصف ليتر من سائل كيلوس وعدة اكياس مكونة من الاوعية اللمفاوية التي وجد فيها دود الفلياريا •(١)

والسوائل البريطونية في الحبن الكيلوس تكون قاعدة مشابهة جدا لسوائل الحبن اللبني وتقوى هذه المشابهة خصوصا مع سوائل الحبن الشحمي بحيث يتعذر تفريقهما بصورة اكيدة مالم يستخدم البحث المجهري والكيمياوي الخاص •

وتختلف سوائل الحبن الكيلوس من حيث التركيب الكيمياوي ولم تأت المصنفات الطبية على ذكر تركيب ثابت له • ومع ذلك فهو لابد من ان يحتوي على الزلال والشحم والبتبون وقد ذكر ان ثقله النوعي يبلغ درجة ١٠٢٣ •

الحبن الصفراوي او اليرقاني Aseites Ictericus يشاهد هذا النوع من الحبن في المصابين باليرقان فتكون ترشحات البطن في هذا الحبن ذات لون اصفر واضح اوصفراوي و ينبعث لونها هذا عن كثرة احتوائها على البيليروبين ويهتدي الى كشف هذه المادة بتفاعل جملن Gmelin الذي يظهر العناصر الملونة للصفراء بواسطة حامض التتريك •

الحبن النزيفي او الدموي Aseites Haemorrhagicus ينشأ هذا الحبن عندما تبلغ ركودة الدم حدا متناهيا لان الركودة في هذا الحد تفضي الى تمزق الاوعية الدموية

(١) The practice of the Medicien in the Tropics.

وهذا مايجعل المرشحات البطنية تأخذ لونا قانيا شديدا اوخفيفا . وينقلب لون هذه الترشحات بعد حين من الزمان على اثرانحلال الكريوات الحمراء والتغييرالذي يطرأ على موادها الصباغية فيصيراما اسمرضاربا الى الحمرة واما احمر ضاربا الى السمرة . ويحصل مثل ذلك اذاتمزق احدالاوعية التي في جدار البطن عند عمل البزل كما حدث لي مرة اذانني استخرجت من البطن في البزل الاول سائلا رائقا اصفر اللون وفي المرة الثانيه عدت فبزلت البطن واذاً قد تدفق منها سائل احمر دا كن علمت انه كان لبزلي الاول يد في احداثه .

وتتميز سوائل هذا الحبن بالفحص المجهري بكثرة احتوائها على الكريوات الحمراء ويطرأ التغيير على هذه الكريوات بدرجة شديدة او خفيفة وذلك بحسب عهد المرض ومن اشهر هذه التغيرات هو زوال اللون .

الاسباب :

الحبن ليس من الامراض المستقلة التي تنتاب الشخص مباشرة ولا يخرج عن كونه عرضا ينشأ عن اسباب مختلفة نظير ما يكون في اليرقان وتنحصر الظروف التي تعمل على احداث الحبن في ثلاثة امور الاول ، ارتفاع الضغط الدموي بسبب مانع يحول دون دورانه والثاني ، تخرش يحصل في البريطون عن التهاب فيه والثالث : تغيير يطرأ على الدم من مرض في الكلي فيجعل مصله يخترق الاوعية الدموية بصورة غير عادية ومن ذلك تنشأ ثلاثة اصناف من الحبن : الاول الحبن الميكانيكي والثاني الحبن الالتهابي والثالث الحبن الكلوي .

١ — الحبن الميكانيكي — ينشأ هذا الصنف من الحبن في حالات ثلاث . الاولى ارتفاع الضغط الدموي في الجهاز البابي والثانية انضغاط الوريد الاجوف السفلي والثالثة ركود دموي ناشئ عن مرض في القلب .

الحبن الناشئ عن ارتفاع الضغط في الجهاز البابي ، يتكون هذا الحبن ببطء في تشمع الكبد ويكون اسرع حدوثا في التهاب وريد الباب ويتقدمه في اغلب الاحيان تمدد في الامعاء لغازات فيها ومن العلائم الدالة على اشتداد الضغط في وريد الباب ، نمو الدوران الدموي تحت جلد البطن وانتفاخ الطحال انتفاخا احتقانيا وحدوث البواصير والنزيف المعدي المعائي .

وحيثما وجد سندروم اشتداد الضغط البابي يتبادر الى الذهن حالتان الاولى تشمع الكبد والثانية التهاب وريد الباب اي (البيلفليت Pylèphlebite) .

التشمع — اول ما يخطر ببال الباحث من انواع التشمع ثلاثة : التشمع الكحولي ؛ التشمع الدرني ؛ التشمع السفلسي .

اما التشمع الكحولي فهو نادر الوجود في العراق ولم يكن بين الستين حالة التي عثرت عليها في المستشفى الملكي في خلال ستة اشهر سوى حالة من هذا القبيل ومما يستوقف النظر ان للفلاحين اعظم نصيب من هذا المرض واذا اعتبرنا حالة الفلاح من الوجهة الادبية نراه ابعد الناس عن الانهماك في الملاهي واستعمال المشروبات الكحولية وهذا ما يعلل لنا ندرة التشمع الكحولي في هذا القطر .

واكثر نماذج التشمع الكحولي حدوثا هو التشمع الضموري المنسوب الى لاينك (Laénnec) ويظهر هذا التشمع في قدماء المدمنين على تعاطي المشروبات

الكحولية ويكثر وجودهم في البلاد التي شاع فيها شرب الخمور منذ القدم وهم (في الغالب) من طبقة سائقي العربات وخدمة المقاهي والحانات فيعرفون بسحنة شاحبة اللون تعلق وجنتيها شبكة من اوعية اصابها الدوال وبطن ضخم يشبه الجود يحمله بدن مهزول الصدر والاطراف ويظهر التشمع الكبدي في هؤلاء بحبن ذي مبدأ خداع ويسير في الخفاء ببطء الى ان يبلغ كماله وهو عادة متوسط المقدار سائب ومصحوب بعلائم الضغط البابي وهي تمدد الاوردة التي تحت جلد البطن وضخامة الطحال والبواسير والنزيف المعدي المعائي واما الكبد فهو صغير الحجم يختفي تحت الاضلاع الكاذبة وينخفض عند افراغ السائل من تجويف البطن فيصير كتلة غير منتظمة متحركة .

وقد نشاهد نادراً وفي بعض المدمنين نفس الاعراض التي ذكرناها آنفا وانما يكون الحبن مصحوبا بتشمع كبدي ضخامي منسوب للاستاذ (هانوت) وحينئذ يكون الكبد من اسفل متجاوزاً الاضلاع الكاذبة ويتألم المريض بالضغط عليه ويكون سطحه املس وحافته السفلى قد تكون حافظة لشكلها ونظامها ولكنها على العموم تكون ثخينة مستديرة متثلمة متجاوزة الاضلاع الكاذبة وفي هذه الحالة يكون الحبن مصحوبا باليرقان وقد تترفع الحرارة وترفعها يدل في الغالب على تطرق المكروبات الى المسالك الصفراوية .

وقد عرفت رجلا بغداديا صاحب مقهى في نحو الـ ٣٥ من العمر تعاطي الخمرة منذ نعومة اظفاره فتولع بها وشربها ليلا ونهاراً حتى افاق ذات يوم واذا بحمى ويرقان والم طرحه في الفراش وقد شفي ومرض مراراً الى ان التى بنفسه اخيراً في احضان المستشفى الملكي فوجد في بطنه حبن اخذ ينكشف رويداً رويداً وهو في المستشفى واشتد اليرقان واخذته حمى يشتد فوارها في المساء وتدعه في الصباح الى ان مات باعراض التهاب المسالك الصفراوية ولما فتحت جثته وجد في بطنه كبد ضخم متشمع واحتباس في الصفراء والتهاب في مسالكها .

التشمع الدرني : قلما يخطر ببال الباحث تشخيص التشمع الدرني المصاحب للحبن وتظهر الاشكال الحبنية للتشمع الدرني في ثلاثة نماذج .

١ً — النموذج الاعتيادي المصحوب بحبن وكبد ضخم او ضامر يبدو للباحث كأنه تشمع كحولي ولكن لا تلبث ان تتضح على المريض ظواهر التدرن وعلاماته في الرئة فيعتريه الهزال وتأخذه نوبات من الحمى وتتجمع في بطنه السوائل بسرعة ويعود تجمعها بعد بزل البطن بزمن يسير وقد روي ان سوائل الحبن في هذه الحالة تحتوي على عصيات كوخ .

وقد تضاربت الآراء حول اتهام التدرن في توليد امثال هذا التشمع وهناك من ادعى ان التدرن ليس سوى حادثة ثانوية تحصل في سير التشمع الكحولي ومن جهة اخرى اننا لا نجهل ما بين التدرن وداء الكحول من صلات باثولوجيكية وثيقة العرى تجعل المرضين في اتصال دائم . ومع ذلك فان من الصعب اصدار حكم في هذه الحالات والتشخيص هنا قد يكون على جانب من الخطورة

٢ً — النموذج الخبيث من التشمع الذي يشاهد عند المصابين بداء الكحول والتدرن معا فترى المريض من

هذا الفريق وهو ذو بطن جسيم يشتمل على حبن وكبد ضخم موجع وطحال كبير ويرقان خفيف وتتجلى فيه ظواهر عدم الكفاءة الكبدية بسبب الاستحالة الدهنية وتزداد وضوحاً حتى تنتهي بموت عاجل •

٣ً — النموذج القلبي الدرني الذي ذكره فريق من المؤلفين الافرنسيين وقد عثروا عليه سواء كان في الاطفال او الكهول • وهو يبدو بجميع الظواهر التي يتصف بها الحبن المصحوب بكبد ضخم وطحال كبير ونمو في اوردة جلد البطن فيرى في هذه الحالة ان الحبن يتجمع عاجلا ويزرق جلد المريض لاسيما في نهاية الاطراف ويكون الطرفان السفليان منتفخين باوزيما مزمنة ويضطرب المريض من عسر تنفس جهدي • واذا ما بحث بدنه يتضح فيه ارتفاق قلبي درني •

التشمع السفلسي : تظهر الاشكال الحبنية في التشمع السفلسي بمظاهر تشمع الاستاذ (لاينك) ويكون التشابه بين هذين التشمعين كاملا في بعض الحالات الا انه يوجد في سوابق المريض حادثات سفلسية يرجع عهد بدئها الى اعوام عديدة وقد يوجد تشمع كحولي في مصاب قديم بالسفلس ولكن السفلس ايضا في وسعه ان يولد تشمعا ضموريا •

ومع ذلك فان القاعدة في التشمع السفلسي النموذجي هي ان يوجد ما عدا الحبن وظواهر الضغط البابي المصاحبين له علامات اخرى وهي ان يكون الكبد عظيم الحجم صلبا عديم الالم والانتظام فيكون سطحه مستوراً باتلام غائرة وحدبات صلبة ويكون الطحال اعظم حجما مما يكون في التشمع الكحولي واشد صلابة وخلاف ذلك يشاهد على جسم المريض ندبات السفلس القديم او عوارض السفلس الثلاثية وهي في حالة النمو ويكون تفاعل فاسرمان موجبا سواء كان مع الدم او سوائل الحبن

والتشمع السفلسي ليس موجوداً في العراق كثيراً بدليل اننا لم نعثر الا على حالتين منه واذا نسبناه الى جميع حالات الحبن التي جمعتها نراه لا يربو على الواحد في المائة ومهما تفشى السفلس في هذه الربوع فانه لم يبلغ بعد حداً يستطيع معه مضارعة الاسباب الاخرى في توليد الحبن •

وهناك انواع اخرى من التشمع الكبدي غير ما ذكر نورد منها ما عثرنا عليه في المدة التي تعهدنا فيها البحث عن الحبن وهي :

اولاً : التشمع الناشئ عن الملاريا ويكون ضموريا او ضخاميا ويصحبه الحبن وقد تحققنا بالبحث الاكلينيكي وجود ثمانية انواع من هذا القبيل اي ما يقارب نسبة الـ ١٦ في المائة من جميع الحالات التي حصلنا عليها • وكان اغلب هؤلاء المصابين من فلاحي جهات الفرات ولم يكشف البحث السريري ما يعلل حدوث الحبن ما عدا الملاريا التي ابدتها اقوال المرضى انفسهم • وكان التشمع الكبدي في هذه الحالات من النوع الضموري ومصحوبا بطحال عظيم الحجم وحبن جسيم وقد زارنا يوماً رجل من اهل الحلة مصاب بالملاريا قديما وكان مضطربا من حبن عظيم المقدار اوشك ان يسبب له الاختناق فافرغنا من بطنه بالبزل سائلا رشحيا قد بلغ ١٣٦٥ ليترا واجرى البزل في ٢٦—١—٩٢٦ ثم عادت

السوائل فتجمعت مرة اخرى وقد بلغت حدها الاول في ٤—٢—٩٢٦ اي في مدة لا تبلغ الشهر فاخرجت بالبزل واذاً بها تزيد عن مقدارها الاول ثم عادت فتجمعت في مدة اقصر من الاولى فعدنا بالبزل مرة ثالثة وهكذا تجمعت واخرجناها بالبزل ست مرات متوالية فكان ما اخرج من بطن هذا البائس قد بلغ الثمانين ليترا وكان ذلك قد جفف عروقه واستنزف قواه فخرج من المستشفى وهو ذلك المريض الاصفر اللون الذاهب اللحم العظيم البطن ولم ينفعه العلاج ومما زاد الطين بلة انه كان مصابا في ذات الوقت بالانكيلوستوميازِ •

ثانياً : قد عثرت على تسع حالات من الحبن الناشئ عن التشمع الكبدي لم اتوصل الى اكتشاف الملاريا فيها بالرغم عن جميع الوسائل التي اتخذتها لذلك وكانت اقوال المرضى تنفي وجود اي نوع من الحمى في ماضي حياتهم • وكان معظم هؤلاء المرضى مضطربين من حبن ناشئ عن تشمع كبدي ضموري غير مصحوب باليرقان ولا ضخامة الطحال • والمرض في جميعهم واحد لا يختلف من حيث الاعراض وكلهم من طبقة الفلاحين الذين يعملون على حرث الارض في ضفتي الفرات او في الارض التي تروى من فروعه • فاذا القى الباحث نظرة عامة الى هؤلاء يرى في جميعهم سحنة تكاد تكون خاصة بهذا النوع من التشمع الكبدي وما يؤول اليه من الحبن فتلك السحنة تنطوي على معنى خاص يدل على اليأس والتأثر ، سحنة ذهبت عنها نضارة الحياة وجف لحمها واستولى عليها الشحوب واذا سئلت المريض عن تاريخ مرضه اجابك انه كان نشيطاً يعمل في مسحاته فشعر ذات يوم بخفوق في قلبه ودوار في رأسه وضعف في ساقيه اخذ يزداد على مر السنين الى ان انتهت الحالة به بورم اصاب بطنه فاقعده عن العمل فرمى مسحاته وودع اهله ورمي نفسه في احضان المستشفى • بحثت كثيراً في مصيبة هؤلاء التعساء فلم اجد هناك لا السفلس ولا الملاريا ولا التدرن ولا السرطان ولا اي شيء يعلل التشمع والحبن سوى شيء واحد وهو وجود الانكيلوستوما في الغائط •

فهل هناك تشمع كبدي ناشئ عن الانكيلوستوما انبعث عنه الحبن كما ينبعث عن الملاريا ؟ • تلك مسألة لا اجرأ على الادعاء بها الآن لان البحث لم يزل ناقصا يحتاج الى التمام • وكل ما وجدته في تدقيق البحث هو ان الكبد قد اصابه تشمع ضموري • وانما اردت ان الفت نظر العالم الطبي الى هذه النقطة التي تزداد في ذهني رسوخاً كل يوم ليبحثوا عن مصائب الانكيلوستوما التي شلت حركة الطبقة العاملة في هذا القطر ليس من حيث تسميمها الكبد فحسب بل من حيث تأثيرها في توليد قسط وافر من الامراض الشائعة في هذه البلاد بطريقة لم نزل نجهلها •

هذه انواع الحبن التي تحدث التشمع في العراق والآن نعود الى السبب الثاني الذي يحدث سندروم اشتداد الضغط البابي وبالنتيجة الحبن وهو التهاب وريد الباب او البيلفلبيت •

التهاب وريد الباب (Pyléphlebite) • يكون الحبن في البيلفلبيت عظيم الحجم ومصحوباً بدوران جانبي نشيط وطحال كبير ويكون الحبن عاجلا ويزيد البزل

بار بع وعشرين ساعة او ثمان واربعين ساعة و يشاهد فيه نزيف معوي واسهال ·

فاذا ما وجدت هذه الاعراض في سير التشمع تبادر الى الذهن ان التشمع قد تضاعف بانسداد وريد الباب بسبب التهاب فيه وهذا الانسداد يحذف الكبد عن الدورة الدموية البابية ويمنع كل اتصال بينها كما لو كانت قد ربطت اصول الجهاز البابي ربطاً صناعيا · وفي هذا كفاية لتعليل الموت العاجل الذي ينجم عن هذا النوع من الحبن اذ ان الجسم يكون عرضة لخطر التسمم والكشكسيا المصلية التي تحدث بسبب البزل المتواصل ·

والبيلفليبت ليس من العوارض التي تضاعف التشمع فقط بل انه ينضم احيانا الى سرطان المعدة او البنكرياس او الكبد · وينشأ الحبن في المصابين بالسرطان عن عدة اسباب فهي اما التهاب في وريد الباب او انضغاطه بعقد سرة الكبد التي اعترتها الضخامة واما انتشار السرطان الى البريطون ·

ومن النادر جدا ان يتلبك مرض الحصوات الصفراوية بالتهاب بابي مصحوب بالحبن وفي حالات اخرى لا توجد سدد في وريد الباب بل ان انسداده يحصل عن انضغاطة بكيس ديداني كبدي او كتلة من سرطان العقد السروية الكبدية او تدرنها ·

الحبن الناشئ عن انضغاط الوريد الاجوف السفلى : ينشأ الضغط عموما عن اورام البطن وتكون سوائل الحبن قليلة المقدار و يصحبها دوران جانبي تحت السرى يتم بواسطه الوريد الاستحيائي الظاهر و يرى (جلبر) ان هذا الدوران الجانبي يكون منحصراً في وريد واحد عندما يكون الحبن منبعثًا عن اورام الكبد خاصة ·

ويكون عظم البطن ناشئًا في الغالب عن الحبن وليس عن اورامها المكونة له كالاكياس المبيضية او الثربية او السرطان الكبدي · واذا بلغت هذه الاورام حجماً عظيما يتعذر ادراك سوائل الحبن بالبحث ولا يتضح وجودها الا اثناء العملية او عند عمل الصفة التشريحية ·

وقد شاهدنا حادثة من هذا القبيل في شاب ايراني كان يشكو من ورم في بطنه ظهر لنا بالبحث انه انما كان ورمين الاول عظيم الحجم ومالئ لمعظم الجهة اليمنى من البطن والآخر متمركز في الخاصرة اليسرى واصغر من الاول وكان البطن متزايد الحجم بسبب هذين الورمين ولكننا لم نجد وسيلة الى تعيين ماهية هذا الورم في بطن المريض الا بعد ان فارق الحياة فاتضح لدينا انه انما كان سرطانا في البنكرياس قد انتقل الى الكبد وكان يصحب هذا الورم حبن قليل المقدار قد غاب عنا تشخيصه حينما كان المريض في قيد الحياة ·

واذا كان الورم صغير الحجم يكون الحبن حينئذ واضحًا وتحس اليد بالورم يسبح بالبطن وعند وجود الكيس المبيضي تدرك يد الباحث نوعين من التموج الاول سطحي منبعث عن الحبن والثاني عميق يدرك بالضغط على جدار البطن وهو حاصل عن سوائل الكيس

وتكون سوائل الحبن في هذه الاحوال مدممة في الغالب ومحتوية على خلايا الاورام ·

الحبن في امراض القلب : لا يظهر الحبن في امراض القلب الا عندما تبلغ هذه الامراض دور (الآسيستول)

اي الدور الذي تكون فيه عضلة القلب عديمة الكفاءة بمرض مزمن في الصمام الاكليلي او مرض في الكبد او انتفاخ في الرئة او تصلب فيها او ما اشبه ذلك من الامراض التي تنهك عضلة القلب ·

ويكون الحبن في جميع هذه الاحوال حادثًا تبعيا للمرض الاصلي ويكون محتجبًا باوزيما الجدر البطنية ويكون حكمه حكم (الهيدروتوراكس) الذي يكون مصاحبا له ، بل هو جزء من الاستسقاء العام الذي ينتاب جميع اجزاء الجسم · ويظهر عَلَى المصاب بهذا الحبن عسر في التنفس وزرقة في الجلد وانتفاخ مؤلم في الكبد وقلة في الادرار · ويكون هذا الحبن في اغلب الاحيان مصحوبًا بتشمع قلبي وتنجح فيه مقويات القلب فتلاشيه مع غيره من ظواهر الركود الدموي العام ·

ومع ذلك فلا ينبغي ان يفهم من ذلك ان الحبن يزول ابديا واذا حدث من ذلك شيء فانه نادر · وجميع الحالات التي عثرت عليها من هذا القبيل تشير الى ان الحبن الناشئ عن آفة في القلب لا يشفى شفاء نهائياً وقد شاهدت ذلك في اكثر من خمسة مصابين بالحبن مع الاستسقاء العام فكان الحبن والاوزيما يزولان تماما طالما مكثوا في المستشفى حيث يتبعون نظام الحمية ولكنهم لا يلبثون ان يعودوا الى المستشفى بعد خروجهم منها بقليل لرجوع المرض اليهم ·

ويظهر هذا الحبن عند الاطفال في سير البعض من الامراض القلبية الروماتيزمائيه التي تنتاب طبقات القلب الثلاث في آن واحد وتحدث دفعة اسيستولا مستديما يمتاز باوصاف مشخصة له فلا يصعب في مثل هذه الحالات معرفة اسباب الحبن ·

ولكن ليس الامر كذلك في التشمع القلبي الدرني الذي ذكره (هايم) ووصفاه ففي هذه الحالة يتفلق وجود التصاق درنى بين القلب والتامور وتشمع في الكبد هو قلبي ودرني معا وفضلا عن ذلك يوجد معهما تدرن في البريطون · والظواهر التي تدل عَلَى مرض القلب في هذه الحاله تكون قليلة الوضوح وتمر غير منظورة فيجهلها الباحث ويقع في خطأ التشخيص ويحسبها التهابا بريطونيا درنيا ·

٢ — الحبن الالتهابي :

قد يتكون الحبن بالتهاب بريطونى يحدث عن عدوى مكروبية ذات سير مزمن كما في التدرن او عن تحرش بريطوني منبعث عن وجود السرطان ويكون هذا الحبن متصفا باوصاف اكلينيكية خاصة ·

فهو ينشأ تدريجيا او بسرعة ولكن البطن يكون فيه اقل تمدداً مما يكون في الحبن الناشئ عن زيادة الضغط ويكون سائبا او منحصراً بين حجابات ناشئة عما يولده الالتهاب من الالتصاقات · ويكون جلد البطن متمدداً رقيقا لامعا واوزيماويا ولا يوجد دوران جانبي في المعنى الصحيح وتظهر الاوردة من تحت جلد البطن لانها متمددة ولا تكون شبكة حول السرة او في القسم الشراسيفي · ويكون الطحال والكبد خاليين من التغيير والثرب يتكمش غالبا وينسحب نحو المعدة فتدركه اليد في المراق الايسر وكأنه ورم مستطيل عميق عديم الانتظام وفيه حدبات ·

ويعثر عَلَى الحبن الالتهابي في تدرن البريطون وسرطانه تدرن البريطون — للحبن منزلة مهمة بين ظواهر

التدرن البريطوني سواء كان هذا التدرن تحت الحاد او مزمنا . واذا كان تحت الحادفانه يسير سيرًا حثيثًا ولا يلبث ان تنضم اليه ظواهر درنية تأخذ في تجويف البلورا واما الحبن في التهاب البريطون المزمن فانه اهم شأنا لانه قد يصبح العرض الوحيد الذي يهتدى به الى هذا المرض .

وربما ذهل المرض الاصلي وسمي المرض بعرضه فقيل له حبن كما حدث قديما حيث افردوا مرضا مستقلا اطلقوا عليه اسم « الحبن الاصلي للفتيات الحديثات السن » وهو لم يكن سوي ضرب من تدرن البريطون ينشأ بصورة غير محسوسة ويمكث في البطن سائبا ويكون في بعض الاحيان غزيرًا ولكنه يرتشف ويبرأ في كثير من الاحوال وقد عرفت فتاة في نحو الـ ١٦ من العمر دخلت المستشفى تشكو من الم في بطنها وهي من مهاجري (اورمي) وتبين لى بالبحث ان البطن كان في حجمه الطبيعي تقريبا ولكنه يحتوي عَلَى حبن قليل المقدار . وما كان اشد جزع الفتاة وفزعها حينما بزلت البطن واستخرجت منه سائلا يبلغ الثلاث ليترات وكان السائل التهابيا يدل عَلَى تخرش التهابي في البريطون ولكن من حسن حظ الفتاة ان الحبن قد شفي تماما بعد البزل وهي لم تزل في صحة تامه بفضل ما اجرى بعد ذلك من العلاج الذي قصدنا به تقوية البدن .

وفي الكهول قد يمكث تدرن البريطون في بدايته متظاهرًا بالحبن لمدة مديدة ويكون هذا الحبن سائبا وليس من الصعب تفريقه عن الحبن التشمعي . والحبن الدرني يرتشف ويبرأ احيانا عَلَى اثر البزل ولكنه في اغلب الاحيان يتنحي ويترك محله لانواع اخرى من البريطونيت الدرني كالانواع القرحوية الجبنية او الليفية .

ومن حيث العموم يكون الحبن متكيسا او منحصرًا بين حواجز من النسيج الضام اذا كان درنى المنشأ وتكون سوائله مصلية فيبرينية ذات لون اصفر ليموني وتحتوي عَلَى الزلال واللنفوسيت .

وقد وجدت من الحبن الدرنى خمس حوادث .

سرطان البريطون — يحدث سرطان البريطون في مراحل معلومة من العمر سواء كان حدوثه اوليا او تابعيا لسرطان المعى المستقيم او الرحم او المعدة او الكبد او البنكرياس ومن علائمه الحبن .

والحبن السرطاني هو حبن بريطونيتيكي يصعب احيانا بتمييزه عن الذي يظهر في الالتهابات البريطونية الدرنية ويمكن غالبا ادراك الآفات السرطانية من تحت الجدر البطنية وهي عقد مختلفة الحجم مؤلمة كثيرًا او قليلا منتشرة هنا وهناك بصورة منفردة او قد يتصل بعضها ببعض فتكون منها كتل كبيرة . واحيانا تكون غير ظاهرة فتحتاج الى بحث دقيق .

والحبن في السرطان هو نزفي دموي وقد تكون سوائله في بعض الاحيان بنية اللون وتحتوي عَلَى الزلال والفيبرين والخلايا اللنفوسيتية ويحتوي بعضا على خلايا السرطان .

ولم اشاهد من هذا الحبن سوى دفعة واحدة في امرأة يتجاوز عمرها الستين سنة قد افرغت من بطنها بالبزل ماينوف على الاربع ليترات من سائل احمر داكن وقد توفيت في المستشفى فتأكد لنا بفتح الجثة ان البريطون كان مصابا بالسرطان وقد التصقت العرى المعائية مع بعضها حتي اصبحت كتلة واحدة .

٣ـ الحبن الكلوي ـ يوجد الحبن في امراض الكلي كجزء من الاستسقاء الذي يصاحب هذه الامراض . ويوجد مصحوبا بالاوزيما واستسقاء الصدر والبول الزلالي والاضطرابات الكلوية المتصفة باحتباس الكلورورات . ويكون الحبن على العموم قليل المقدار وتصحبه اوزيما الجلد .

وخلاف ذلك فقد تتضح في المريض احيانا اضطرابات قلبية وعائية وظواهر آستيستولية فيكون الحبن اذ ذاك ناشئا عن اسباب مختلطة . وسواء كان الحبن ناشئا عن مرض كلوي او قلبي او وعائي او عن كليهما فانه يزول بمعالجة الكلي اوالقلب او كليهما .

وقد شاهدت من الحبن الكلوي اربع حالات فكان الحبن في اثنتين منها جزءا من الآنازارك وثلاث منها لم يوجد فيها سوى الحبن الناشئ عن النفريت .

قد ذكرنا فيما سلف انواع الحبن التي تحدث في الحياة عقب الولادة والآن يجب ان نضيف اليها نوعًا آخر وهو (الحبن الولادي) . وهو وان كان من النوادر الا انه يكتسب اهمية عظيمة باعتباره اكبر عائق للوضع . ويدرك المرء تلك الاهمية جيدًا اذا علم ان هناك حبنا يبلغ الخمسة عشر ليترًا وهو في الغالب ذو لون دموي ومن هذا القبيل قد دون Franpué و Voss و Vorstiädter مشاهدات لم يتيسر لهم فيها اخراج المولود الا عند بزل بطن الجنين في داخل الرحم واخراج سائل منه يساوي ثلاث ليترات وقد وجد ان سبب الحبن في المواليد هو استحالة في الكبد والطحال تنشأ عن سفلس وراثي ويظهر ان بعض الامراض التي تنتاب الوالدة حين الحمل نحو الملاريا مثلا قد تكون سببًا لحدوث الحبن في الجنين .

العلاج

ينبغي ان يقصد بالعلاج قبل كل شيء ازالة السبب المؤدي الي الحبن او بعبارة اخرى شفاء المرض الاصلي . والفكر الشائع ان الحبن في حد ذاته لا يحتاج الى علاج خاص الا اذا كان المرض الاصلي مجهولاً او اذا كان قد بلغ حدًا يهدد بحدوث الاختناق او شلل القلب .

ومن الوسائل الشفائية التي اوصى اتخاذها في المعالجة العرضية في الحبن هي المسهلات والمدرات ، والمعرقات والمصرفات والجاذبات والكربائية ، والبزل وفتح البطن

وينبغي ترتيب غذاء نافع قبل المباشرة بوصف الدواء . فيجب تحديد ادخالات المريض من المايعات وارجاعها الى ٥٠٠ او ١٠٠٠ سم^{3} في اليوم ومنعه عن تعاطي المواد الزلالية التي اتضح انها تساعد عَلَى تكوين الحبن وقد اتضح ايضا (Day) ان الخضار اشد من المواد الزلالية تأثيرًا في توليد الحبن . فاحسن غذاء للمريض اذًا هو الدقيق .

وتنفع المسهلات خاصة اذا كان في البطن ميل للاحتباس او كان الحبن منبعثا عن آفة في وريد الباب او مرض في الكبد . واما امر انتخاب المسهلات الشديدة نحو سلفات الصوديوم او سلفات المغنيسيوم او ثاني طارطرات البوتاسيوم او جذور الراوند او اوراق السنا او ادران الجالاب ومستحضراتها او المياه المعدنية التي تحتوي على سلفات المغنسيوم او سلفات الصوديوم . او المسهلات الدراستيكية كالحنظل وزيت الكروتون

— فذلك تابع لقوة المريض ودرجة القبض • ويجب التحفظ عند اعطاء المسهلات لان كثرة اطراح السوائل والاستمرار على تعاطي المسهلات مما ينهك المريض —

واذا كان اطراح الادرار قليلاً جداً وكانت قوة الامعاء لم تزل عَلَى جانب من النشاط فيجوز استخدام المدرات لاغراض التداوي العرضي وانما يجب ان لا تستخدم هذه الواسطة اذا كان هناك ما يدعو الى الشبهة في وجود احتقان او التهاب في الكلي ويحسن بالمرء ان يتجنب مهما امكن استخدام المدرات المخرشة كبصل السيل مثلا ومن المدرات الملحية يوصي خاصة استعمال نترات البوتاسيوم ونترات الصوديوم وثاني طارطرات البوتاسيوم وليكور خلات البوتاسيوم (Liquor Kalii acetici) ومن المـدرات النباتيـة يرجح استعمال اوراق الديجيتال والجونير Semina petroselini و Baccae juniperi و Species Diureticae واما المدرات الجاهزة فمنها ما له تأثير حقيقي نافع وهي الديورتين Duiretine (١) والثيوفيلين Theophyllin (٢) والثيوسين Theocin (٣) او الآجورين agurin (٤) وكذلك كلورور الزئبق Hydragyrum chloratum فانه ينفع كثيراً في اطراح الادرار ولكنه يحدث التهابا في الفم ومع ذلك فيمكن دفع هذا المحذور بغسل فم المريض بمحلول كلورات البوتاسيوم في الماء بنسبة (٥ : ٢٠٠) عقيب كل طعام •

واما طريقـة المعالجة بالمعرقات فقد اثنى عليهـا (V. Ziemssne) ومن انفع الوسائل في جلب التعرق الغزير واوفرها راحة للمريض هو الهواء السخن الذي يجهز بواسطة آلة تدعى (Phenixàairchaud) (١) والغرض من استخدام هذه الآلة هو امرار الهواء الجاف السخن من تحت غطـاء فراش المريض • واذا اريد التعرق بالاستحمام الساخن فينبغي وضع المريض في حمام تبلغ حرارته ٣٤ سنتغراد وابقاؤه هنـاك مدة نصف ساعة او ساعة كاملة ترفع في خلالها حرارة الحمام الى ٤١ سنتغراد باضافة ماء ساخن آخر تدريجيا • وثم يجفف المريض بابقائه مدة نصف ساعة مشتملا بغطاء من صوف وهناك بعض وسائل اخرى للتعرق لا فائدة لنا من اطالة الكلام في ذكرها واما استعمال العلاج شربا لاجل التعرق فليس من التدابير المضمونة الفائدة كما انه مما يأنفه المرضي ويمجه طبعهم • واصدق من ذلك تأثيرا هيدروكلورور البيلوكاربين Pelocarpinum Hydrochloricum الذي يستعمل حقنا تحت الجلد بمقدار نصف س م³ من محلوله في الماء بنسبة (٢٠ر٠ الى ١٠ جرامات) او اخذ جرعات كبيرة (٣—٥ جرامات) من ساليسيلات الصوديوم عن طريق الفم •

والادوية الجاذبة (Resorbentien) تكاد تكون دائما نافعة سواء اعطيت داخلا بشكل يودور البوتاسيوم ويودور الصوديوم ويودوبين او خارجا بشكل مرهم اليودور او صبغ اليود او مرهم اليودوفورم او يودوفورم مع الكولوديون •

(١) كل ساعتين قرطاس يحتوى على (١) جرام (٢) ثلاث مرات فى اليوم ٣٠ سنتيغرام (٣) ٣٠ سنتيغرام ثلاث مرات فى اليوم (٤) جرام ثلاث مرات فى اليوم

(١) (آلة للهواء السخن لاجل المريض الذى يلازم الفراش)

المصرفات (Deivantien) ليس من النادر ان يحصل المريض عَلَى نتيجة جيدة من المصرفات كاستعمال ال (Saqo Kalinus venalis) دلكا عَلَى البطن بصورة منتظمة وطريقة العمل هي ان يدلك (بالصابون الاخضر) بشدة متساوية في جميع اقسامه يوميا حتى اذا احمر جلد البطن احمراراً شديداً يترك الدلك بضعة ايام ليزول الاحمرار ثم تعاد الكرة من جديد • ويقوم مقام ذلك ادوية اخرى كلصقة (الكنتاريد) ومروخ ال (Tartri stibiati) •

وقد راجت في الايام الاخيرة الفكرة التي ترمي الى تزييد اطراحات الادرار (بفراديزاسيون) الجدار البطني وبالنتيجة تطمين امتصاص بعض انواع الحبن التي يطول امدها ويستعمل لذلك تيار فاراديزي قوي يستمر تأثيره ١٠ دقايق في كل جلسة فالبعض من عضلات البطن تتقاص في كل جلسـة ٥٠—١٠٠ مرة • وقد عللوا (Glak) تأثير طريقة المعالجة هذه بكون الحبن يصبح تحت تأثير اقصى درجـة من الضغط المنبعث عن تقلص عضلات البطن وهذا ما يجعل ارتشاف الحبن الى درجة ما امراً اجباريا وقد اعترض البعض عَلَى هذا النوع من التعليل بحجة ان (الفراديزاسيون) اذا اجرى حسب الاصول فانه كثيراً ما يحرض اطراح البول ، عند تطبيقه عَلَى ناحية الكبد ويتم ذلك حتى فيما لو كان الشخص سليما وهذا ما يدل عَلَى ان لتأثير الاعصاب المحركة الوعائية يداً في هذا الامر •

ويرى البعض (Mackenzie) ان لتطويق البطن بحزام من اللباد (فانيلا) تأثيراً حسناً عَلَى الحبن وان كان هذا التأثير بطيئاً •

واما بزل البطن فهو تدبير مصيب اذا كانت هناك ضرورة للحصول عَلَى نتيجة اكيدة وسريعة ولاسيما اذا كانت حياة المريض مهددة بالاختناق وشلل القلب وتنعكس المسئلة اذا اتخذ البزل آخر حيلة لتداوي الحبن • والبزل يخفف عن المريض ويجاب له ارتياحا عظيما ولا نزاع في ان البزل من الوجهة النظرية يؤدي الى ضياع جانب عظيم من عصارات البدن ولكن التجربة من جهة اخرى علمتنا ان مثل ذلك الضياع مما يطيق احتماله اغلب المرضى •

وفي بعض الاحيان ينقطع الحبن عن التجمع بعد اجراء البزل مرتين او ثلاث مرات وينقه المريض تماما ومن المؤلفين من يرى في البزل وسيلة شفاء للحبن الناشئ عن تشمع الكبد • ويرى المؤلفون من الافرنسيين ان يحقن في البطن مذاب اليود بعد البزل ويقصد بذلك احداث التصاقات بريطوانية تكون الغاية منها الحيلولة دون تراكم الترشحات التى قد تتكون في تجويف البطن من جديد ولكن لم يسلم الجمهور بهذا الرأي لما يترتب عليه من المخاطر •

وقبل ان اختم مقالي اريد ان اذكر كلمتي الاخيرة على ذكر معالجة الحبن وهي ان الحبن ليس من العلائم التي تجاب الارتياح والتفاؤل وهي دائما علامة تنذر بالموت وان اغلب المصابين بالحبن يلقون حتفهم آجلا ام عاجلا وليس لدينا في الوقت الحاضر ما يصده لانه نتيجة لامراض وخيمة عجز الفن الحاضر عن معالجتها •

——>ooo<——

المقتبسات

حول معالجة الالتهاب الدماغي السباتي

الدكتور صائب شوكت

قد نشرت المجلة الطبية البغدادية مقال لي حول (الالتهاب الدماغي السباتي) في العدد الاول والثاني منها وقد ذكرت وقتئذ حالتين من هذا المرض عثرت عليهما في العراق لاول مرة . وما زلت اتتبع الابحاث العلمية التي تنشر في مجلات العالم الطبي حول هذا الموضوع كما انني لم اتماهل عن متابعة البحث عنه في العراق وتوصلت اخيراً الى اكتشاف عدة حالات من هذا المرض جاءت مؤيدة لمشاهدتي الاولى ومبرهنة على كثرة وجود هذا المرض في هذه البلاد . ولما كانت معالجة هذا المرض لم تزل في دور البحث ولم يتوصل العلم الحاضر الى اكتشاف علاج ناجع لهذا الداء الوبيل فقد اجتهدت كثيراً في البحث عما يدور في المجلات العالمية الطبية حول معالجته وها انا ذا اعرض لقراء المجلة ما نشر اخيراً من طرق المعالجة اتماما لمقالي الذي نشر سابقا .

(١) اكتشف (Levaditi) و (Painlaux) طعما خاصا لمعالجة الالتهاب الدماغي السباتي اطلق عليه اسم « Levaditi-Pailaux Waccin » جرب في معالجة ٥٠ حالة من حالات المرض . كان ٧ منها في الدور الحاد اسفر العلاج عن شفاء تام في ٣ منها وتحسن عظيم في ٢ منها واما الاثنان الباقيتان فلم ينجح العلاج فيهما وكان ٤٣ منها من النوع المزمن او عقابيل الالتهاب الدماغي السباتي اي Post ancephalitis Sequela وكانت فائدة الفلاج فيها جزئية .

عن « ars medica. pec. 925 »

(٢) جاء في خطاب القاه « arthur. J Hall » على اعضاء الجمعية الطبية البريطانية في ١٨ — ١٢ — ٩٢٥ حول الالتهاب الدماغى السباتى ان البلادونا تنفع كثيراً في معالجة هذا المرض وادعى الخطيب انه حصل على فوائد جمة من استعمالها وقد استعمل في بادئ الامر ١٠ — ٣٠) قطرة من صبغة البلادونا « Tincturof bellandona» لاجل تنقيص الافرازات اللعابية ومنع سيلانها من الفم ولكن اتضح لديه اخيراً ان هذا العلاج قد افاد كثيراً في تخفيف الاعراض الاخرى .

وهو يستعمله الى حد ٤٥ قطرة يقسمها الى ٣ — ٤ جرعات في اليوم . والبلادونا تحسن الاعراض العصبية كالرعشة البار كنصونية وصعوبة النطق وتعدل الافرازات اللعابية التي تزداد في هذا المرض .

عن ال« British. med. journ. 23. 1. 26 »

(٣) جرب الدكتور ريجس (Riggs) بحقن مادة الاكريفلافين (Acriflavine) لمعالجة الالتهاب الدماغي السباتي وحقن ١٠ س م٣ من محلوله في الماء بنسبة ٥ في المائة بصورة تدريجية وبطيئة للغاية . ويدعي ان علاجه قد نجح في شفاء ثلاثة من المرضى .

عن ال (Minnesota med1925)

معالجة الحوالة النفاسية « Eclampsis »

يعطى للمريضة حين دخولها المستشفى ربع حبة من المورفين (سنتيغرام ونصف) ثم يحقن لها من سائل (Straganoff) وهو مركب من المورفين والكلورال واللبن ومحلول الملح الفسيولوجي . وتوضع المريضة في غرفة مظلمة وتترك هادئة مستريحة . ثم يعطي لها ملح المغنيسيوم (sulfatpe. Magnesium) عن طريق الاوردة بمقدار ٢٠ س م٣ من محلوله في الماء بنسبة ١٠ في المائة ويعمل ذلك بعد كل نوبة من نوبات الاختلاج فاذا حدثت صعوبة في تنفس المريضة من حقن كبريتات المغنيسيوم بدفع ذلك بحقن ١٠ س م٣ من محلول كلورور الكليسيوم (Calcuim Chloride) في الماء بنسبة ٢٥ في المائة داخل اوردتها .

واذا كانت المريضة في حالة السبات وغير قادرة على تناول الطعام فيحقن لها داخل الوريد مقدار ليترة واحدة من محلول الجليكوز في الماء بنسبة ٥ في المائة . ويتابع ذلك مرة في كل ست ساعات .

عن ال « meb. and Surg. journ. 7. 1. 26 asdton »

ص . ش

عن المجلة الجراحية الامريكية

مجلد ٣٨ عدد ٤

القانون الفيسيولوجى للموت الجراحى

او

ماهية القدرة الحياتية

جورج غريل

(تلخيص الدكتور صائب شوكت)

منذ سنين عديدة يسعى رجال العلم لكشف القدرة التي تحرك الحيوان والانسان واظهار نوعها والنواميس التي تسير عليها وتحقيق الاسباب التي تؤدي الى ضياع تلك القدرة ووقوع الموت .

فما هي القدرة التي تكون الافعال الحياتية ؟ وما نوعها ؟ نحن نعلم بوجود ستة انواع من القدرة التي من الممكن ان يتم بواسطتها الافعال الحياتية . وهي :

(١) الحرارة (٢) النور (٣) الثقلة Gravitation (٤ القوات الذروية (Tntrmolecular forces) (٥) القدرة الكيمياوية (٦) القدرة الكهربائية .

فاذا اجرينا البحث في حيوان وفتشنا نوع القدرة التي تؤمن افعاله الحياتية يتبين لدينا انها ليست بالحرارة ولا الضياء ولا الثقلة ولا القوات الذروية . ولذلك فان منشأ القوة الحيوية اما ان يكون كيمياوية واما كهربائية او مركبة من كليهما ولاثبات هذا الرأي يجب تدقيق النقاط الآتية :

١ — ان الكهربائية موجودة في بنية جميع الاجسام الحية ويمكن كشفها بسهولة .

٢ — ان التأثير الذي يحدثه التيار الكهربائي عند حلوله في الاعصاب او العضلات او الغدد او سائر اعضاء الجسم الحي يؤدي الى تنبيه تلك الاعضاء وسوقها الى اجراء افعالها الطبيعية .

٣ — ان بنية الاجسام الحية هي مكونة بهيأة مساعدة لتولد الكهربائية وانتقالها .

٤ — ان الخلايا الحية مقتدرة على توليد الكهربائية وادخارها او اخراجها واستعمالها وذلك ثابت بالتجربة .

٥ — ان البدن هو بمجموعه بمثابة بطرية كهربائية

ذات قطبين مؤلفة من وحدات كهربائية هي (الخلايا الحية) .

٦— ان جميع تظاهرات وافعال الجسم الحي طبيعة كانت ام مرضية يمكن ايضاحها بواسطة النواميس الكهربائية

ان الوحدة في الحياة متمركزة في الخلايا . فكل خلية مستقلة في حياتها الخصوصية وتشكل الوحدة الكهربائية الاساسية لحصول الافعال الحياتية .

تتشكل الخلية من « نواة » ومن « جوهر اساسى » (cytoplasm) . فللنوة تفاعل حامضي وللجوهر الاساسي تعامل قلوي . ويوجد بين النوة والجوهر الاساسي غشاء رقيق غير ناقل للكهربائية . فهذا الانتظام في بنية النوات هو كافل لحصول قوة كهربائية كما يحصل في العواميد الكهربائية . فيمكن اعتبار الخلية كعامود ذي قطبين النوة تشكل القطب الايجابي والجوهر الاساسي يشكل القطب السلبي . ويحصل من اختلاف التمحض في هذين القطبين اختلاف في التوتر الكهربائي فالتحمض في النوة هو اكثر من تحمض الجوهر الاساسي ولذلك يزداد التوتر الكهربائي في النوة الى ان يخرق الغشاء فيسير نحو الجوهر الاساسي وحينئذ يسقط التوتر في النوة فينقطع التيار الكهربائي . ولكن يرجع فيزداد التوتر بسرعة من جراء دوام فعل التحمض . وهكذا يحصل تيار كهربائي متقطع ومنتظم بين النوة والجوهر الاساسى وتتراكم بنتيجة ذلك الكهربائية على غشاء الخليه الخارجي . وهذا الغشاء الرقيق هو الذي يدخر الكهربائية الى حين الاحتياج كي يصرف بالافعال الحيانية اللازمة . ورقة هذا الغشاء تزيد سعته الكهربائية .

فهذه الكهربائية هي التي تحافظ على الشعلة الحيانية وهي تتكون وتدوم بنتيجة فعل التحمض الذي يحصل في بنية الخلايا الحية .

والجسم الحي مكون من مآت الملايين من هذه الوحدات الكهربائية التي نسميها (الخلايا) فاذا تصورنا جميع السطوح التي تحيط بالخلايا بجتمعة ونسبناها الى سطح الجسم الخارجي فيظهر لنا مقدار الكهربائية التي تتراكم على ذلك السطح العظيم والاقتدار الحيوي الذي يظهر من ذلك .

يقدر السير ارثر تومس عدد الخلايا بـ (٢٨) تراليونا . فاذا فرضنا ان سطح كل خلية يبلغ ٢٠ ميكرونا مربعاً فحينئذ يبلغ مجموع سطوح الخلايا ٩ افدنة (acre) انكليزية .

يقدر ماينوت عدد الخلايا التي تكون قشر المخ بـ « ١٢٠٠ مليونا » . فاذا فرضنا ان سطح كل واحدة يكون ٣٠ ميكرونا فحينئذ يبلغ مجموع سطح خلايا قشر المخ ٢٦ر٣ متراً مربعا .

واذا دققنا حسب تعداد الدكتور فريك بان السعة الكهربائية على سطح الخلايا العضوية هي (٨ر. ميكروفاراد) في كل سانتيمتر مربع فيكون مجموع السعة الكهربائية لهذه السطوح تساوي الى (اناء لايدن) مشكل من زجاج ثخنه ٣ر. مليمتر وسطحه بوسعة (١١٤٠٠٠) متر مربع . وهذا ما يعادل مساحة قصبة واسعة . ان نسبة سطح الجسم الخارجي الى مجموع سطوح الخلايا يشابه نسبة سطح كتاب الى سطوح الاوراق التي

يحتوي عليها . فكما ان الكتابة التي يمكن تحريرها على سطوح الاوراق هي اكبر بالوف المرات من التي يمكن تحريرها على ظاهر الكتاب . فكذلك ان الكهربائية تتراكم على مجموع سطوح الخلايا هي اكثر بملايين المرات من التي يمكن ان تتراكم على سطح الجسم .

ان ملاحظة الخلية كعامود كهربائي ذات قطبين يوضح لنا الفرق بين الجسم الحي والجسم الجامد . ونظراً لهذه المطالعة فالجسم الحى هو الذي يتراكم من غشائه الاقتدار الكهربائي بشكل قطبين مختلفين مقتدران على تفريغ الاقتدار الكهربائي ليكون عمل ميخانيكي . لا يوجد فرق بين كتلة الكهربائية الموجودة في الجماد والجسم الحي فالكهربائية في الجسم الحي تقتطف وتدخر وتستعمل لتوليد الافعال الحياتية واما في الجماد فالكربائية في حالة الموازنة والسكون وغير مقتدرة على اجراء فعل ميكانيكي

لنتصور نهرين يجريان بهدوء وسكون نحو مصبهما . ولنضع حائل امام احدهما ونمنع جريان الماء فيه . يتراكم الماء وتعلو سويته . وحينما نرفع هذا الحائل من امامه ينحدر الماء بشدة فيحصل منه قوة عظيمة يمكنها اجراء افعال شديدة كتحريك طاحونة او تدوير ماكنة او توليد كهرباء .

وهذا هو مثل الكهربائية في الجسم الحي واما الكهربائية في الجماد فمثلها كمثل ماء يجري بهدء نحو مصبه . يحصل على موازنته من دون ان يظهر اقتداراً او يقدر على عمل شئ .

كل خلية حية هي وحدة كهربائية ذات قطبين الايجابي في النواة والسلبي في الجوهر الاساسى . واذا نظرنا الى الجسم بجملته وهو مكون من تراليونات من الخلايا المختلفة . فيختلف حصول الكهربائية وتوتره حسب جنس النسج وخلاياه . فخلايا بعض الانسجة لها نوة كبيرة والتحمض الذي يصير هنالك هو اكثر من تحمض جميع الانسجة الاخرى ولذلك يجب ان يكون التوتر الكهربائي في المخ اكثر من سائر الاعضاء ، ولقد تحقق بنتيجة تجارب عديدة ان المخ يكون القطب الايجابي للدورة الكهربائية في البدن . وبمقابل ذلك الخلايا التي تكون الكبد لها نوة صغيرة ويحصل فيها تحمض قليل فالتوتر الكهربائي في الكبد يكون اقل من سائر الاعضاء في البدن ، ولذلك يشكل القطب السلبي .

فاذا كان المخ والكبد يشكلان قطبين من الدورة الكهربائية في البدن فاذاً يجب حصول النتائج الآتية :

١ — يجب ان يستقل المخ والكبد معاً . و يجب ان يحصل فيهما تغيرات مشابهة لنتيجة هذا الاشتغال . ويجب ان تزول هذه التغيرات منهما في نتيجة النوم . فكل من هذه الاحوال هي واقعة في البدن وثابتة لدى الفحص النسجي والفحص الحكمي .

٢ — اذا رفع الكبد يرتفع القطب السلبي للدورة الكهربائية فيجب ان المخ الذى هو القطب الايجابي يبطل فعاليته لضياع التوتر الكهربائي . هذه هي حالة ثابتة ومعلومة بنتيجة التجارب الفيسيولوجية .

٤— يجب ان تختلف الناقلية الكهربائية والناقلية الحرورية في الكبد والمخ باستقامة معاكسة لانهما

يشكلان قطبين متناقضين متقابلين • وهذه الحادثة تثبت نتيجة تجارب خاصة •

٤– يجب ان تتراكم حاصلات التحمضات في القطب السلبي اي في الكبد ومن المعلوم ان الكبد موظف لاطراح هذه الحاصلات التحمضية .

٥– ويظهر من ذلك ان رفع احد هذين القطبين (المخ والكبد) يؤدي الى توقف سير الكهربائية في الاعضاء الاخرى فيحصل من ذلك توقف في الفعالية الحياتية وذلك ينتهي بالموت • اذاً فلا يمكن دوام الحياة ولو لحظة واحدة من دون وجود هذين العضوين •

ان البدن مركب من تريليونات من العواميد الكهربائية (الخلايا) الملآى بالكهربائية وكلها على استعداد لاجراء الافعال الحياتية باسرع واشد ما يمكن • فالكهربائية التي تتكون في المخ تنتشر عَلَى طول الالياف العصبية التي تظهر من الخلايا المخية وتنتقل الى سائر الاعضاء • فاذا افرغ المخ مقداراً من الكهربائية نحو احد الاعضاء فانها تحرض ذلك العضو عَلَى اجراء فعله الحيوي • واذا اثرت احدى المؤثرات الخارجية كالحرارة او النور عَلَى الحواس ومثلاً دخلت الاشعة الضيائية الى داخل الكرة العينية وصادفت الطبقة الشبكية يحصل هنالك ارتباك في توتر الكهربائية فتتشعع الكهربائية المتراكمة على ملايين من الخلايا العينيـة ثم تيسر باستقامة الالياف العصبية نحو المخ • ويظهر من ذلك ان جميع الافعال الحياتية كيفما كانت حسية او حركية تحصل بنتيجة الكهربائية •

مشابهة بنية الخلية لبنية الجزء الفرد

هل تتشابه بنية الجزء الفرد وبنية الخليه الحية وهل يمكن ان نقيس حالة الجزء الفرد والتحولات التي تحصل فيه بحالة الخلايا؟ وهل يمكن كشف قانون يشمل الجسم الجامد والجسم الحي معا ويعين الخط الذي يبدأ من الجزء الفرد وينتهي في الانسان ؟

ان بعض الاجزاء الفردية (كجزء فرد الهليوم) هم محافظين عَلَى موازنتهم الكهربائية فيتكون جزء فرد الهليوم من الكترون ايجابي في النوة والكترونان سلبيان في القشر وهؤلاء هم في توازن وتعادل كهربائى دائمي ولذلك فجزء فرد الهليوم يبقى مدى الدهر في حياد لا يعطي ولا يأخذ قدرة • ويصعب اتحاده مع الاجسام الاخرى •

والبعض الآخرين (كجزء فرد الهيدروجين) فليس لهما توازن وهم في حالة تحول دائمي • فجزء فرد الهيدروجين يتكون من نوة ذات كهربائية ايجابية قوية وقشره يحتوي عَلَى الكترون واحد سلبي غير كاف لتعديل كهربائية النوة الايجابية • ولذلك فان جزء فرد الهيدروجين هو دائما حريص لاخذ الاجزاء الفردية ذات الكهربائية السلبية • ولعدم توازن الكهربائية في نوة وقشر جزء فرد الهيدروجين يتكون فيه اقتدار كهربائى دائمي كالاقتدار الكهربائي للعواميد الكهربائية او للخلايا الحية •

ان الكهربائية الغير المتوازنة الموجودة في جزء فرد الهيدروجين تشبه الكهربائية الحياتية كثيراً • ولكن الظاهر هو انه لم توجد حيات في جزء فرد الهيدروجين وسبب ذلك هو صغر جزء فرد الهيدروجين بدرجة انه لايمكن تدقيقه بحواسنا ووسائطنا الاعتيادية • ولكن اذا تمكنا من جمع ملايين من هذه الاجزاء الفردية ذات

الكهربائية الايجابية ووضعناها عَلَى صفيحة رقيقة للغاية بنسبة (٠٠٠ ٤/٠٠٠ ، ٢٠ من السانتيمتر) ووضعنا كهربائية سالبة عَلَى الطرف الاخير وافرغنا هتين الكهربائيتين عَلَى بعضها لتكون دورة كهربائية دائمية • فنكون بذلك قد قلدنا ما تسميه الحياة • فالهيدروجين هو العنصر الاساسي للحياة • ان الحجر الواحد لا يشيد البناء ولكن اذا اجتمعت الوف من الاحجار يمكنها ان تشيد بناء عظيما • وكذلك جزء فرد واحد من الهيدروجين لا يعتبر من الموجودات الحية ولكن ملايين من اجزاء فردية الهيدروجين اذا اجتمعت مع اجسام اخرى تكون الجسم الحي •

اول ذرة حية تتشكل من تأثير الشمس التى تحول موازنة الكهرباء الساكن الموجودة في جزء فرد الفحم الذي يأخذه النبات في تنفسه • ولما يلتقي هذا الهيدروجين يتحد معه بنتيجة التأثير الشمسي فيتشكل ابسط جسم عضوي ومن ذلك تتكون الاجسام العضوية الاخرى وتنتقل هذه الاجسام العضوية الى بدن الحيوان حينما يأكل تلك المواد العضوية كغذاء له • وهنالك تحترق المواد العضوية فتترك الاقتدار الذي اكتسبته عن تشكلها تحت تأثير الشمس في بنية النبات • ويظهر هذا الاقتـدار في الحيوان بالتظاهرات الحياتية المختلفة المعروفة كالحركة والحرارة اذاً فالاقتدار الاساسي لبناء الاجسام العضوية يأتي من الشمس • يدخل هذا الاقتدار الى بنية النبات بشكل اقتدار كيمياوي ينقلب في جسم الحيوان الى اقتدار كهربائي بعد الاحتراق • وما الافعال الكيمياوية في الحقيقة سوى تحولات كهربائية تحصل بين ذرات الاجسام المختلفة • فتجاذب الاجزاء الفردية واتحادها وتشكل الاجسام المركبة وتحللها كله يحصل بنتيجة قوة الجاذبية والدافعية الجزء الفردية التي هي عبارة عن اختلاف السوية الكهربائية في الاجسام المختلفة • فلو لم يكن الكهرباء الجـزء الفردي والكهرباء الذروي لما تشكلت المركبات ولا المحلولات الكيمياوية ولما تكونت الحياة • ان الاقتدار الذي يملكه الجزء الفرد والمركبات الكيمياوية والمحلولات والمواد الكولloئيدية لن يختلف كمية اذا كانت هذه الاجسام خارج الجسم الحي او داخلة بتركيبـه • والفرق الوحيد هو انه قبل دخولها الجسم الحي يكون هذا الاقتدار كامن وفي سكونة لتوازن القوات الجاذبة والدافعة الجزء الفردية (اي الكهربائية الجزء الفردية) واشباعها لبعضها •

كيف يتكون الجسم الحي

لا يوجد احتياج قطعي لوجود نواة واحدة لكل خلية فان بعض الحيوانات ذات الخلية الواحدة لها نويات عديدة واذا فحصنا اصغر الموجودات اي الجراثيم نجدها مكونة من نواة وحيدة من دون جوهر اسامي فاذا هي مشحونة بكهربايية ايجابية فقط ويمكننا ان نعتبر الوسط الذي تعيش فيه هذه المكونات الصغيرة كالماء والتراب والطين كوسط مشحون بكهربائية سلبية • فالجراثيم هي اول حلقة من سلسلة الاجسام الحية فحياتها وفعاليتها مربوطتان ومنوطتـان بالوسط الذي يحيط بها لان توتر التيار الكهربائي يحصل بين جسمها وبين الوسط الخارجي المحيط به ولا تتمكن الجراثيم ان تعيش بغير هذه الاوساط واذا دخلت جسم البشر نراها تعيش في الجوهر الاساسي للخلايا لتحافظ عَلَى توترها الكهربائي ولا يمكن رؤيتها

في نوبات الخلايا ابداً . فالجراثيم في نظر علم الحياة هي نوبات عديدة ذات كهربائية موجبة تسبح في جوهر اساسي واسع وهو البيئة او المحيط الخارجي .

فاذا تصورنا ان احدى هذه الجراثيم قد انقطعت من المحيط الخارجي قسماً وصنعت منه غلافاً لها فانها تصبح في هذه الحالة وحدة كهربائية مستقلة لا تحتاج بعدها الى مساعدة المحيط الخارجي لتطمين توترها الكهربائي وهكذا تكونت الخلايا الحية التي يتركب منها الحيوان والنبات الحي

وراثة الحياة

ان من نواميس الطبيعة الاساسية التي وضعها (كونهايم) هو ان الخلية الحية تولد فقط من خلية اخرى حية مثلها وذلك هو احد نتائج كون ان الفعل الحياتي يصدر من التولد الكهربائي والتأكسد والاحتراق الذي يحدث في الخلية .

فالخلية حين انقسامها وانفصالها عن بعضها يتبعها التوتر الكهربائي ويكون التأكسد فيها مستمراً وهكذا تنتقل جذوة الحياة من خلية الى اخرى من دون ان تنطفئ . فالحوين المنوي حين دخوله في البويضة لاجراء فعل اللقاح تتحد نواته مع نواة البويضة وكلاهما حي اي فيهما توتر كهربائي واحتراق مستمر فيشكلان نواة قوية تنقسم لتكوين البشر الكامل .

النوم

اذا تركنا عموداً كهربائياً يشتغل مدة طويلة من دون رفع ما يعلق به من المواد الكيمياوية المضرة . يحصل فيه الاستقطاب بعد مدة ويقف عن العمل . وكذلك الجسم فاذا ترك يشتغل مدة طويلة من دون راحة يهلك بعد مدة من الزمان . لان الاشتغال يولد بعض المواد الكيمياوية المضرة (السموم) . فاذا ازدادت هذه المواد وتراكم مقدار كاف منها يخرب التوتر الكهربائي وتنطفئ الحياة . وهذه المواد تزول في اثناء النوم .

يختلف احتياج الاعضاء المختلفة الى النوم حسب كثرة اشتغالها وقلته . فالفواصل الموجودة بين تقلصات القلب مثلا هي كافلة لاراحة هذا العضو وهي بمثابة نومه وكافية لدفع السموم المتحصلة من تقلص واحد . فالقلب الذي يضرب ثمانين مرة في الدقيقة ينام ايضا ثمانين مرة وذلك يكفي لتأمين دوام فعاليته .

وكذلك العضلات التي تتولى الاعمال التنفسية فهي تشتغل ١٦ — ١٨ مرة في الدقيقة وتنام ١٦ — ١٨ مرة لازالة السموم المتراكمة من اشتغالها .

وكذلك المعدة والامعاء والغدد المختلفة فانها كلها لا تنام في الظاهر ولكن اذا جمعنا الفترات التي تتخلل ادوار فعاليتها تكون اكثر من مدة نوم الجسم كله اي نوم المخ .

فالمخ الذي يشتغل طول مدة اليقظة وهو الذي يحرك التيار الكهربائي ويرسله الى الاعضاء المختلفة يحتاج الى النوم مدة طويلة ليلافي اتعابه و يطرح السموم التي تضر بالتوتر الكهربائي ولكون المخ هو مركز الحس والفكر فبنومه ينعدم الفكر ويبطل الحس وهذا ما يدعى بالنوم .

النوم حالة سالبة لا يمكن ان تنتهي بالزوال واما اليقظة فهي حالة موجبة يمكنها ان تنتهي بالزوال او الموت . فالرجل الطبيعي لا يموت في اثناء النوم بل في اليقظة .

الشؤون

ملخص التقرير الشهري لادارة صحة العاصمة

لشهر شباط سنة ١٩٢٦

الولادات والوفيات :

ولد في بغداد في شهر شباط ٣٧١ طفلا ٣١٦ في الرصافة و ٥٥ في الكرخ وتوفي في خلال الشهر المذكور ٣٦١ شخصا ٢٧٥ منهم في الرصافة و ٨٦ في الكرخ فكان معدل الولادات ٠ر١٤ بالالف سنويا ومعدل الوفيات ٤ر١٧ بالالف سنوياً وقد بلغ مجموع وفيات الاطفال الذين بين السنة والخمس سنوات من العمر ٨٥ وهو تقريبا ربع جميع الوفيات » .

الامراض السارية في العاصمة :

الطاعون ٤٤ ، ٣٩ في الرصافة و ٥ في الكرخ — السل ١٩ — الجرب ١٢ — الحصبة ١٠ — الجدري ٨ — التفوئيد ٣ — داء الحمرة ٣ — الجذام ٢ — الملاريا ٢ — الخناق ٢ — البلهارزيا ١ .

اشغال مستوصف الامراض الزهرية :

اجرى الكشف الطبي في غضون الشهر على ١٥٦ مومسة مع راقصة — وكان عدد التطعيم بالسالفرسان ١٣ وعدد حقن الزئبق ٣١ وقد ارسلت مريضتان الى مستشفى الاعتزال خلال الشهر لاجل المعالجة . وارسل ايضاً ٤٦ صفحة للسيلان الى المختبر التحليلي للفحص الباكتريولوجي فوجد ٢٢ منها مثبتة . وقد بلغ مجموع واردات المستوصف الزهري لشهر شباط ١٩٢٦ (١٣٠٠) ربية .

اشغال الامومة ومداراة الاطفال :

ان عدد المرضى الذين عولجوا من قبل مرشدات الصحة كان كما يلي : — الدهانة ٢٣٠٢ — باب الشيخ ١٤٣٦ — صوب الكرخ ١٢١٧ — الحيدرخانة ٧٨٤ المجموع ٥٧٣٩ الذي يقابل مجموع ٦٤٩٠ في الشهر المنصرم وقد ادين ٢٠٤ زيارات للاطفال في بيوتهم وكشفن على ٢٩ جنازة من الاناث وطعمن ٥٠ شخصا ضد الطاعون وزرن مريضتين في بيتهما .

وقد ادت رئيسة القوابل ومعاونتها ٤٥ زيارة في بيوتهن وحضرتا عند ١٢ ولادة صعبة وكشفتا على ٣ جنائز من الاناث ونقلتا ٧ مرضى الى المستشفى .

اشغال الصيادلة ومراكز الصحة ... الخ :

١ — اشغال الكلورين سائرة بانتظام .

٢ — مدرسة المفتشين انهت دروسها ومدرسة القابلات مواظبة على التدريسات حسب البرنامج .

٣ — اجرى الكشف الطبي خلال الشهر في مركز صحة الدهانة على ١٧١ من اهل الحرف والصنائع .

٤ — بلغت واردات مراكز الصحة الاربعة خلال الشهر ٧١٠ ربيات .

٥ — بلغت درجة الحرارة خلال الشهر كما يلي :

درجة الحرارة العليا	٦٨ر٤ في ١٩ شباط سنة ١٩٢٦
« « الدنيا	٥٦ر٦ - ٣ و٤ منه
« « الوسطى	٦١ر٤
درجة البرودة العليا	٥٣ر٢ في ١٧ منه
« « الدنيا	٣٥ر٤ - ٢٤ منه
« « الوسطى	٤٤ر٧
مجموع الرطوبة	٩٣ بالمائة
« الامطار	٢ر١٢

٦ — وقد صنعت خلال الشهر في (٢٧) صيدلية (١٠٧٥٥) وصفة من قبل (٧٠) طبيبا وبلغت الواردات (٦٣٣٣) ربية فيكون ثمن كل وصفة ثمانية آنات وثلاثة بايات .

٧ — الطاعون : بلغ عدد المطعمين خلال الشهر (٢٩٥٨٠) شخصا وتعتقد دائرة الصحة متى بلغ عدد المطعمين ما ينوف على (٨٠٠٠٠) اي تقريبا ثلث اهالي العاصمة فلا يبقى خطر استيلاء عام شديد ولذلك هي تبذل جهدها لابلاغ عدد المطعمين الى هذا الحد .

اعمال مراكز معالجة العيون وصيدليات العاصمة :

المراكز	عدد مداواة العيون	عولجوا في الصيدليات
الحيدرخانة	١٠٣٣	—
الدهانة	٣١٠٢	١٦٢٠
باب الشيخ	١٦١٣	—
صوب الكرخ	٠٧٨٧	١٥٢٠
المجموع	٦٥٣٥	٣١٤٠

تجهيز المياه : جهز الى الاهالي في غضون الشهر (٣٥) مليون جالون من الماء اي من ٥ جالونات لكل نسمة يوميا و ١٣٩ جالون شهريا .

وقد حلل ماء النهر الغير المطهر بالكلورين ووجد جسيمات عضوية في ١٠٠٫١ س م و ١٠٠٠٫١ س م ومجموع الجسيمات التي عثر عليها كانت على وجه المعدل في واحد س م (٢٢٣٠٠٠) الذي يقابل مجموع (٢٤٢٠٠٠) في الشهر المنصرم .

وحلل كذلك في غضون الشهر (٢٦) انموذجا من الماء المطهر بالكلورين وعثر علي جسيمات عضوية في ١٠٠ س م في ٦ انموذجات فقط ولم يعثر على اي جرثومة ما سوى ذلك بتاتاً ومجموع الجسيمات التي وجدت في س م واحد لم تتجاوز الـ(٣٩) وعدد الجسيمات على وجه المعدل في س م واحد كان (٥ ٢٩) .

تقارير المستشفيات الخصوصية والاهلية في العاصمة :

اسم المستشفى	المرضى الباقون في اول الشهر	الدخلون في غضون الشهر	المتوفي	الباقون في آخر يوم من الشهر
مستشفى ميرالياس	٥٩	٣٩	١	٣٨
« ريجةخضوري	—	١٨	—	١١

مستوصف الرسالة الافرنجية : عولج في هذا المستشفى ٩٧ مريضا مجانا و ٥٧ بالاجرة .

مستشفى الدكتور طوباليان : اغلق هذا المستشفى بناء على امر مدير الصحة العامة المؤرخ ٦ مارت سنه ١٩٢٦

التقرير الشهري للواء بغداد :

القضاء والناحية	الولادات	الوفيات	الامراض
الكاظمية	٤١	٣٦	الجدري ٤ — السل ١ —
الاعظمية	٢١	٢٠	الجذام ١ — السل ١ —
الكرادة	٠٨	٠٥	الحصبة ٣ —
بلد	٢٠	٠٣	
الهنيدي			السل ٢ — البلهارزيا ١ — الحصبة ١ — التيفوئيد ١ —
الخر			السل ١ —

التقرير الشهرى لمصلحة الصحة العراقية لشهر تشرين الثانى ١٩٢٥

نشرت مصلحة الصحة العامة تقريرها الشهري نقتطف منه ما يلي بعض ما يختص بالاطباء الموظفين :

(١) عين الدكتور مكاود رئيس صحة لواء كركوك معاونا لمدير المختبر السريري في المختبر المركزي في بغداد اعتباراً من ٣—١١—٢٥ وحل محله الدكتور كورنر .

(٢، نقل الدكتور فتح الله افندي بنا طبيب المستشفى الملكي في بغداد ونعين في طبابة امانة العاصمة اعتباراً من ٥ ـ ١١ ـ ٢٥ بدلا من الدكتور توفيق محمود الذي حل محله في المستشفى المذكور ٠

(٣) عين الدكتور وجيه افندى التكريتي طبيبا لمستوصف بلدية كربلا اعتباراً من ١٤ ـ ١١ ـ ٢٥ بدلا من الدكتور فائق شاكر رئيس صحة ذلك اللواء ٠

الطاعون في العاصمة

ظهرت في هذا الشتاء بوادر وباء الطاعون وكاد هذا المرض ان يبطش بطشته القاسية التي لم تبرح ذكراها عن اذهان سكان العاصمة ويظهر لنا ان قلة البرد وكثرة الامطار في هذا الشتاء مما ساعد تفشي المرض ٠ وقد اتخذت مديرية صحة العاصمة جميع التدابير الفنية الحازمة لصد هجمانه وايقافه عند حده وقد اسفرت تلك التدابير عن نجاح باهر اذ ان المرض في الايام الاخيرة قد وقف تماما وهذا ما يدل على نشاط مديرها وخبرته التامة التي اكسبتها التجارب العديدة التي قام بها في خصوص مكافحة الطاعون منذ بضع سنوات ٠ وقد استفسرنا من حضرته نوع الاعمال التي قام بها في مكافحة المرض فوعدنا الاجابة الى ذلك في العدد المقبل من هذه المجلة ٠

بيان حادثات الامراض السارية في العراق في شهر مارت سنة ١٩٢٦ مأخوذ عن التقارير الاسبوعية الصادرة من مصلحة الصحة العامة

الامراض	اربيل		بغداد		بصرة		حلة		ديالى		ديوانية		رمادي		سليمانية		عمارة		كربلا		كركوك		كوت		موصل		منتفك	
	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات
الجدري	٠	٠	١٢	٧	٧	٥	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
السعال الديكي	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١	١	٠	٠
الطاعون	٠	٠	٢٩	١٨	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
الخناق	٠	٠	١	٠	٠	٠	١	١	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٢	١
البثرة الخبيثة	٠	٠	٠	٠	١	١	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
التيفوئيديات	٠	٠	٣	٠	٢	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٢	٠	٠	٠
الكزاز	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١	٠	٠	٠	١	١	٠	٠	٠	٠
الجذام	٠	٠	٢	٠	٠	٠	١	٠	١	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
السل الرئوي	٣	١	٢٠	٠	٣	١	٥	٠	١	٠	٢	٠	٠	٠	٠	٠	٤	٠	٢٦	٨	٠	٠	٠	٠	٧	٣	٠	٠
الحصبة	٠	٠	١٣	٣	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١٠	٠	٠	٠	٠	٠	٣	١	٠	٠	٠	٠
داء النكفة	٠	٠	٣	٠	١	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١	٠	٠	٨	٠	٠	٠	٦	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
ذات السحايا	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٤	٢	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
النزلة الصدرية	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠

(٢, نقل الدكتور فتح الله افندي بنا طبيب المستشفى الملكي في بغداد وتعين في طبابة امانة العاصمة اعتباراً من ٥ – ١١ – ٢٥ بدلا من الدكتور توفيق محمود الذي حل محله في المستشفى المذكور ·

الى الاطباء المحترمين

يوجد لدينا انواع المصول والفاكسينات والادوية التي وردت حديثا من اشهر المعاهد وهي طرية جديدة ندرج انواعها فيما يلي :

المصولات والفاكسينات

Serum	Antidiphtherique	Hoechst
–	Antidysenterique	–
–	Antipcsteux	–
–	Antistreptococcique	–
Vaocin	Antigonococcique.	Merek
	Gonargin	Hoec..st

المستحضرات الدوائية

(١) الرومروز Rhumrose : علاج الرشح الدماغي والنزلة البلعومية

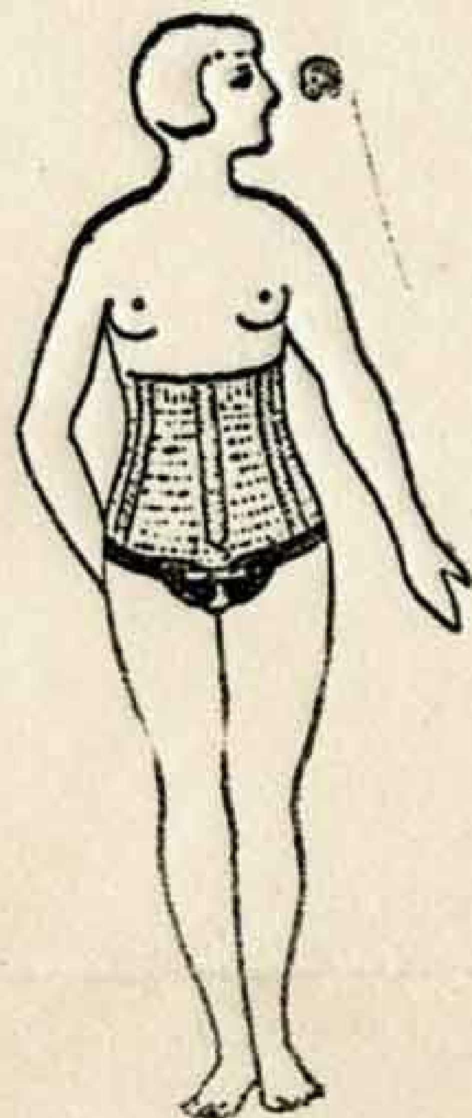
(٢) كابسولات الكربوزوت : هي من معمل بارك · ديفيس · تحتوي على الكربوزوت والاستركنين وزيت الحوت وكبريتات الاسبارتئين · تستعمل لاجل القوة

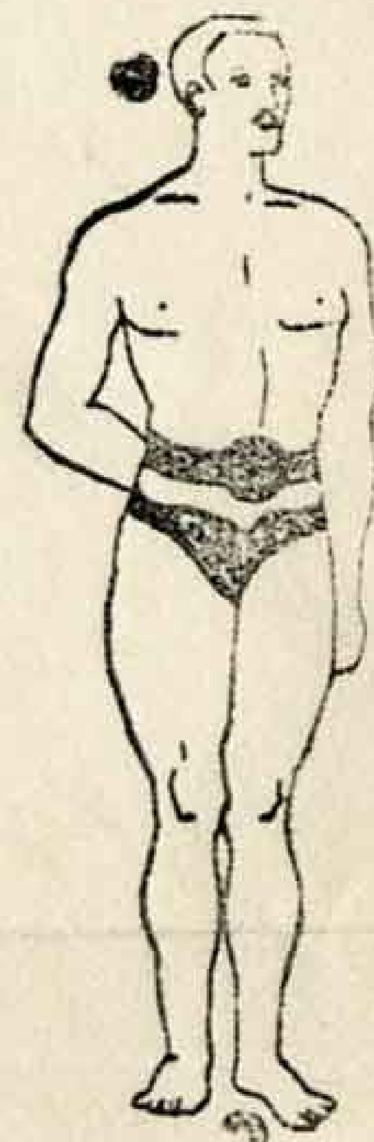
(٣) كلاج الجينوبوزين Gynopausine : يستعمل في عدم كفاءة المبيضين وعسر الطمث · كلاجتين في اليوم

وتوجد آمبولات السكوبولامين والبيلوكاربين ·

صيدلية العراق · بغداد ·

حزام للفتق





الفتق آفة لاعلاج لها الا العملية اذا بلغت ادوارها الاخيرة التي يخشى فيها من حدوث انسداد الامعاء وغيره من المضاعفات ولكن الفتق اذا كان صغيرا وكانت احوال المريض لاتساعد على اجراء العملية فاحسن علاج له استعمال الحزام والحزام الصحي الجيد هو الذي تتوفر فيه اسباب الراحة وهذا ما امتازت به الحزم التي لدينا فيوجد عندنا من هذه الحزم ما يصلح لجميع انواع الفتق وتوجد ايضا حزم للبطن باسعار رخيصة

صيدلية العراق · في الشارع امام سانترال سينما

العدد الاول | السنة الثانية

المجلة الطبية البغدادية

THE BAGHDAD MEDICAL REVIEW

مجلة الجمعية الطبية البغدادية

مديرها
الدكتور صائب شوكت

رئيس تحريرها
الدكتور هاشم الوتري

مايس سنة ١٩٢٦ | ذي القعدة سنة ١٣٤٤

الاشتراك السنوي ١٠ ربيات | ثمن النسخة ١٢ آنة

المراجعة في جميع مايخص المجلة تكون باسم الدكتور صائب شوكت في المستشفى الملكي في بغداد

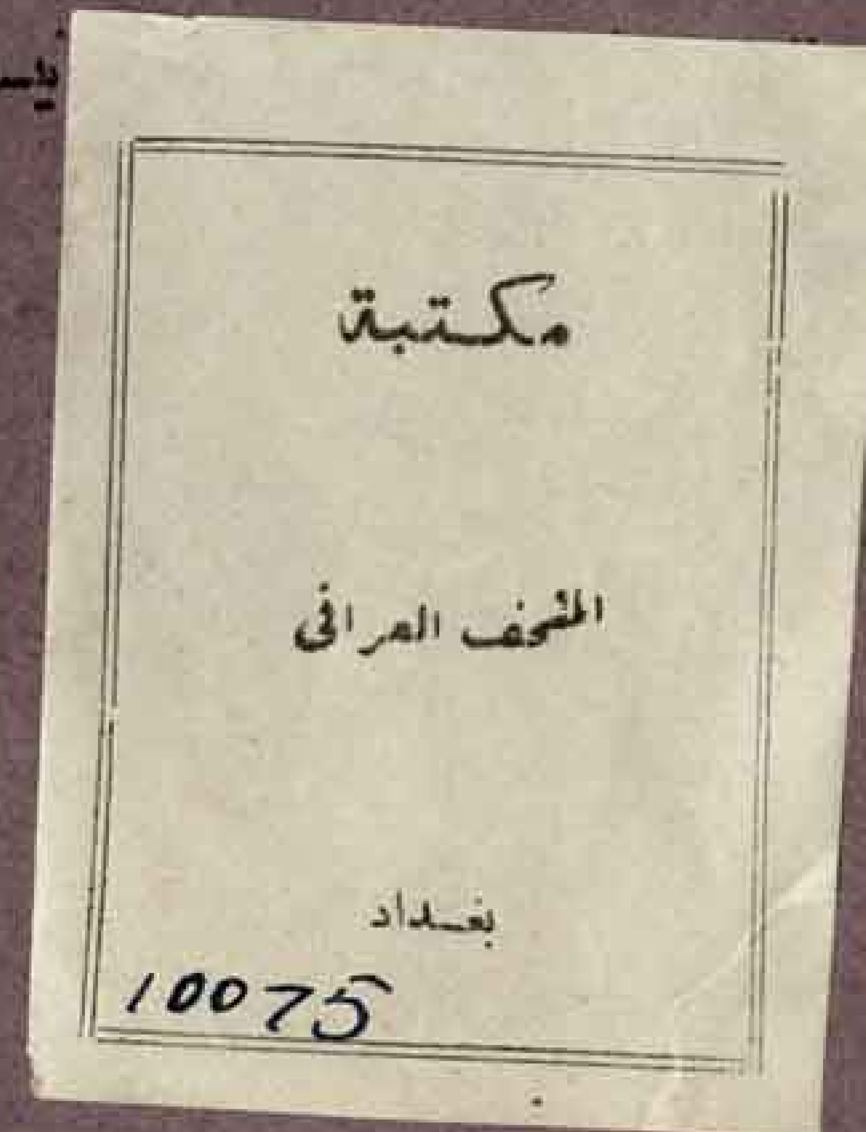
بغداد * مطبعة العراق

المقالات الاساسية

المجلة الطبية البغدادية في سنتها الثانية		ص ١
الدكتور نظام الدين	الصدمة الانفيلاكسية	ص ٢
الدكتور روودمن	اضطرابات الحيض	ص ٧
« صائب شوكت	التدرن الجراحي	ص ١٣
« هيكس	الامراض في لوية العراق	ص ٢١
« هاشم الوتري	الانكيلوستوميازيس	ص ٢٧
فتح الله عقراوي	اخطار المعالجة المصلية	ص ٣٢

الشؤون

جلسة الجمعية الطبية البغدادية لشهر مايس ١٩٢	ص ٣٦
ملخص التقر... ...يسان ١٩٢٦	ص ٣٧



المجلة الطبية البغدادية
THE BAGHDAD MEDICAL REVIEW

العدد الاول | السنة الثانية | مايس سنة ١٩٢٦

المجلة الطبية في سنتها الثانية

قد اكملت المجلة الطبية البغدادية عامها الاول ودخلت منذ هذا العدد في عامها الثاني · وقد استطعنا في خلال العام الاول ان نصدر منها عشرة اعداد وكان بودنا ان نتابع اصدارها مرة في كل شهر طبقا لمنهاجها الذي اقرته الجمعية الطبية البغدادية الا اننا قد وجدنا ان سيرها عَلَى هذه الصورة لاينطبق مع روح النهضة العلمية التى وجدناها متضائلة جدا في مبدأها وهذه المجلة انشئت لتكون واسطة لنشر ماتجود به اقلام الاطباء المنتمين الى الجمعية من مشاهدات مرضية ومناقشات علمية تعمل عَلَى توثيق عرى الاتصال بين افكار جميع الاطباء في القطر وتظهر مقدرتهم العلمية في خارج البلاد · غير ان المجلة منذ ظهورها الى عالم الوجود لم تر من منشئيها اعضاء الجمعية حركة نشيطة تسوقها قدما الى غايتها التي اسست من اجلها ولذلك باتت حياتها قائمة على همة افراد معدودة من الاطباء وليس من المعقول ان يقوم نفر قليل بجميع ما يتطلبه هذا المشروع العظيم ولاسيما ونحن نرى ان البضاعة كاسدة لاترى رغبة حتى من جمهور الاطباء انفسهم هذا حقه ان يفتر العزائم ويبعث عَلَى القنوط ولكننا عزمنا عَلَى المواظبة عَلَى العمل مهما كلف الامر املا بتدرج هذه المجلة الى نامل من ورائها تقدم اللغة الطبية العربية وفسح مجال واسع للابحاث العلميه ان لم يكن الان ففى المستقبل حيث تفتح المدرسة الطبية العراقية لابناء العراق ويزداد عدد الاطباء الوطنيين الذين سيتعهدون باكمال ما قد بدأنا به غير اننا قد ادركنا ان التدرج في العمل خير من الطفرة لذلك فقد اضطررنا الى تنزيل اعداد المجلة الى ستة اعداد في السنة اي جعلناها تصدر مرة في الشهرين وذلك ادعى الى تقدمها ونحن نعترف ان المجلة لم تسلم مما يوجب الانتقاد وهذا ما يكاد ان يكون طبيعيا في جميع المشاريع التي هي في دور التكوين فنلتمس معذرة القارئ المنصف في داخل القطر وخارجه مؤكدين له ان المجلة في سنتها المقبلة سوف تخطو خطوة واسعة في سبيل النضوج ·

المقالات الأساسية

الصدمة الآنافيلاكسية

Le choc Anaphylactiqne

الدكتور نظام الدين

يوجد ثلاثة انواع من الصدمة

«١» الصدمة الجراحية وتسمي ايضا بالوهن او نفاد القوى .

«٢» الصدمة الميكانيكية او الالية التي تنشأ عن اضطراب وظيفوي في الجملة العصبية المركزية والمحيطية .

«٣» الصدمة الدوائية

ولما كان النوع الاول اى الصدمة الجراحية يندمج في علم الجراحة والنوع الثاني الصدمة الميكانيكية يرجع في الاصل الى اختصاص علم الفسيولوجيا فاننا سوف نتناول البحث عن النوع الثالث اى الصدمة الدوائية ونتحري مفعولها وظواهرها في البدن .

الصدمة الدوائية

وتسمى ايضا بالصدمة الطبية

وسببها دخول بعض الحاصلات الكيمياوية في الجسم واذا ما دخلت هذه الحاصلات في البدن سواء من تحت الجلد او داخل العضلات او عن الطرق الوريدية فانها بعد دخولها في الجسم تبلغ الدعامة(١) الدموية واذا كانت تلك الحاصلات قابلة للتمثل ومعني ذلك انها في حالة انحلال تام فان الدعامة الدموية تمتصها فتسير معها في الدورة الدموية ثم تنتقل الى بعض الاعضاء المهمة حيث تثبت فيها نهائيا .

(١) Stroma

ووجود هذه الحاصلات الكيمياوية في الدورة الدموية لا ينتج عادة اي مفعول سواء كان فسيولوجيا او باثولوجيكيا لان هذه المواد الداخلة الى الدعامة الدموية عن الطرق الثلاثة التي سبق ذكرها قد اجري تحضيرها مع الدقة التامة وهي قابلة للانحلال كيميائيا وخالية عن الجراثيم وتتمثل تماما مع الدعامة الدموية ولذلك فانها تسير ميكانيكيا مع الدم الذي يحملها بدون ان يحدث عنها ادنى فعل غير عادى .

غير انه قد يقع في بعض الاحوال ان يطرأ على الدعامة الدموية بعض العوارض وتكون هذه العوارض على جانب من الخطورة وقد تكون مميتة وذلك بحسب نوعها وطبيعتها نورد اهمها بايجاز وهي :

١ً اذا كانت قابلية انحلال المواد الكيمياوية غير تامة

٢ً اذا كان تعقيمها غير كاف — فان تلك المواد تفعل في الدعامة الدموية فعل الاجسام الغريبة عن البدن وعند دورانها مع الدم تولد عوارض مرضية كالسدد .

٣ً حين ادخال المواد الى الجسم خصوصا عن طريق الاوردة قد تنفذ في الدورة الوريدية فقاعة هواء عن عدم الدقة ويحدث عن تلك الفقاعة سدة هوائية تسبب في القلب فعلا رديئا .

وبعد ان اوردنا اجمالا العوارض التي تختص بالدعامة الدموية فلننتقل الآن الى البحث عن مسئلة تثبيت المواد الدوائية في الاعضاء المختلفة .

تثبت المواد الدوائية في الاعضاء المختلفة

اهم الاعضاء التي تتثبت فيها المواد الكيمياوية الداخلة الى الدم هي : الكبد ، البنكرياس ، الكلى ، واحيانا السائل الدماغي الشوكي وجدر الامعاء . فاذا تثبت في هذه الاعضاء مقدار معتدل من المواد الكيمياوية فان هذه الاعضاء تحتمله ولا يستوجب وجوده فيها اى اختلال عضوي او وظيفوي . فالدواء بعد ان يقيم في العضو مدة من الزمن يلقيه العضو مرة اخرى في الدورة الدموية ويتم ذلك تدريجيا وعليه فان الدواء اذا دخل مرة في الدعامة الدموية فانه بحسب طبيعته ونوعه يعمل على ازالة الافة التى اريد مكافحتها بواسطته . وهذا العمل كما لا يخفى هو تأثير دوائي صالح .

واما اذا كانت المواد الكيمياوية قد تثبتت في الاعضاء بمقدار اكثر مما يقتضي لمعالجة الافة وخاصة اذا كان اعطاؤها غير مستند على الدقة والاعتناء الفني فانها تمكث في الاعضاء الى مدة اطول وان خلايا الاعضاء التي ذكرناها آنفا خصوصا الكبد والكلى تتشبع من تلك المواد المخزونة في تركيبها العضوى فتتضرر منها وتستمر الاضرار الخلوية ويتسع نطاقها وتصبح الاعضاء غير قادرة على احتمال تجمع الدواء وبالنتيجة تظهر فيها ظواهر الاختلالات التشريحية والفسيولوجية .

فلنتعقب الان هذه الاختلالات المادية والوظيفوية على وجه الاجمال :

الكبد — هو من اشهر الاعضاء التي تتراكم فيها المواد الكيمياوية .

فاذا ما اعيد تحميل الخلايا الكبدية بهذه المواد الاتية مع الدورة الدموية البابية او العمومية فان وظائف تلك الخلايا تضطرب ويزداد هذا الاضطراب احيانا حتي يفضى الى حدوث عدم كفاءة في الكبد .

فاذا اصبح الكبد عديم الكفاءة وهو ذاك العضو الذى له اهمية عظيمة في اعمال البدن المختلفة تبدأ اذ ذاك الصدمة . وتلقى المواد المتراكمة في التيار الدموي عن طريق الاوردة فوق الكبدية بنتيجة نشاط الخلايا الكبدية وهكذا تسير من الكبد الى الدم مواد كيميائية خارجة عن الحد الطبي فيحمل الدم منها مقدارا قويا يتوارد اليه بصورة مستمرة . وهذا المقدار من المواد يؤثر في البدن حين دورانه فيه وينجم عنه فعل ردئ يفضي الى حدوث الصدمات المختلفة .

الكلي — تشعر الكلي بالصدمة بطريقة اخرى

ان المواد الكيمياوية التى تسير في الدم ينبغي ان تطرح عن البدن بطرق متعددة واهم هذه الطرق واعظمها شانا هي الكلى . ولكن تلك المواد حينما تخترق الكلي لاجل الاطراح تتراكم فيها ولهذا التراكم نوعان : اما ان تتراكم المواد في القنوات البولية واما ان تتراكم في الغدة فوق الكلوية .

ومفعول هذا التراكم يختلف عن بعضه وان مظاهر كل من هذين النوعين تؤلف شكلا مرضيا خاصا .

ان تراكم المواد في القنوات البولية يمنع تجهيز البول واطراحه لان الجسيمات والقنوات البولية التي في الكلي تكون في هذه الحالة مسدودة وعاطلة عن العمل ولذلك

كبيرة ومستمرة من المواد الكيميائية بدون داع ان يفكروا في هذا العارض الذي يعرض حياة المريض لخطر دائم

العلاج

اعتقد ان الصدمة الانافيلاكسيائية نتقي بالاحتياطات التالية :

١ — ينبغي في كل مرة قياس الادرار الذي يطرح في الاربع وعشرين ساعة ويستمر عَلَى ذلك طيلة مدة المعالجة بالحقن .

٢ — يجب الوثوق من فقدان الزلال في الادرار .

٣ — يجب الاطلاع عَلَى وجود البول الدموي اوعدمه. فاذا ما وجدت هذه العلامات في الادرار يتحتم العدول عن اجراء الحقن بتاتا والتشبث بجميع الوسائل التي تصون الكلي عن الخراب والوسائط التى تعيد لها وظائفها في اطراح البول .

٤ — اذا اصبح الكبد عديم الكفاءة يجب :

١ — بحث حجم الكبد لمعرفة الضخامة فيه اوعدمها .

٢ — بحث الغائط يوميا للتأكد من حسن سير وظائف الكبد في افراز الصفراء .

فاذا شوهد ان الكبد عديم الكفاءة ينبغي ترك الحقن اوعلى الاقل تقليل المواد المراد حقنها واتخاذ جميع الوسائل التى تعيد للكبد نشاطه . فعندما يستطيع المرء صيانة هذين العضوين عن الخراب فانه يستطيع ان ينظر الى مريضه بعين الارتياح ويصونه عن الصدمة الانافيلاكسيائية لان هذين العضوين هما اللذان يتوليان اطراح المادة الكيميائية الداخلة الى البدن .

واما العوارض الاخرى التى اوردناها فيما سلف فانها تحتاج الى علاج خاص بحسب موضعها وطبيعتها .

الان نعلم ان الادرينالين والآتروبين هما العلاجان المؤثران في مداواة الصدمة الانافيلاكسيائية ويضاف اليهما الاستحمام لانه ينفع لقلة البول . ويستخدم الاستحمام الساخن مرتين اوثلاث مرات في اليوم حسب الاحتياج . ويوصي باستعمال مقويات القلب لمعالجة ضعفه وتستعمل هذه المقويات حقنا تحت الجلد حين الحاجة . واذا كان الكبد عديم الكفاءة يستعمل للمريض حقن شرجية بالماء البارد والجليسرين لتنقية الكبد واخلائه ويكرر ذلك ثلاث او اربع مرات بحسب الاحتياج وتعالج الاعراض الدماغية بخلاصة الغدة النخامية حقنا تحت الجلد .

وقبل ان اختم مقالي هذا اريد ان اضيف الى ماتقدم كلمة اخرى وهي عندما يراد استعمال الدواء حقنا بالطرق التى سبق ذكرها ينبغى اتخاذ الاحتياطات التالية .

١ — الوثوق من حسن سير وظائف الكلي بالبحث عن مقدار الادرار واوصافه

٢ — الوثوق من سلامة الكبد وانتظام وظائفه .

٣ — الوثوق من عدم وجود محذور مادي في القلب يحول دون استعمال الحقن .

وتتخذ نفس الاحتياطات فيما يختص بالجملة الدماغية الشوكية

وهكذا اذا وثقنا من عدم وجود اى محذور في الاعضاء المذكورة يسوغ لنا استعمال الحقن حين الضرورة ولكن يجب عَلَى الطبيب المارس ان يسير بالحقن متذرعا بالدقة

الدائمة طول امتدادها وان يلاحظ تأثير العلاج الذي اجرى حقنه واذا حدثت الصدمة الانافيلاكسيائية يجب عليه ان يقطع المعالجة في الحال وان يصرف كل عناية فى اطراح المواد التي حقنها من البدن بطرقها المختلفة .

اضطرابات الحيض

الدكتور وودمن

ان الذي ساقني الى طرق هذا البحث امران الاول ان من المستحسن البحث عن الشيء الذي يغيب عن نظرنا ونعده قليل الاهمية في اثناء اجراء التطبيب واعتقد ان القراء يشاركونني فى رأيى . اننا نحن الاطباء لم نعثر عَلَى كثير من حالات هذه الاضطرابات في تطبيبنا كما هي الحالة في البلاد الاخرى وذلك لجهل المرضى وقلة اهتمامهم بشؤونهم والثاني انى اعتقد ان نساء هذه البلاد بدأن يعترفن بفضل الاطباء وبامكان شفاء هذه الاضطرابات اذا عولجت بصورة جيدة في بادئ الامر ولذلك علينا ان نسعي كي لايتطرق اليأس والملل الى نفوس مرضانا من طول مدة المعالجة . وقد مضى الزمن الذي كان يسود فيه الاعتقاد بعدم امكان شفاء هذه الاضطرابات ومن جملة وظائفنا الان ان نقنع المرضى بامكان الشفاء ونشوقهم الى الثبات والصبر على المعالجة .

وفي هذا المقال قد ضربت صفحا عن كثير من وسائل المعالجة القديمة لان اعظمها غير واف بالمطلوب وسوف اكتفي بايضاح الاسباب المختلفة التي تؤدي الى حصول الاضطرابات في سير الطمث وهي تنقسم الى الاقسام الاتية :

١ — فقدان الحيض ٢ — كثرة الحيض ٣ — الطمث المؤلم ٤ — التقلصات الرحمية ٥ — اوجاع مابين الطمث .

فقدان الحيض : ان فقدان الحيض الذى يحصل في ما عدا الاحوال الطبيعية — اي الاحوال التي يكون فيها انقطاع الطمث حادثة فسيولوجية كالحمل والارضاع وانتهاء زمن الحيض بتقدم السن — يكون عَلَى نوعين اما ان يكون اوليا وهو ان لا يحصل الطمث ابدا واما تبعيا لاسباب عرضية . فالاول يجوز ان يكون ناشئا عن سبب ولادي والاحوال التى تؤدي الى هذا النوع من فقدان الحيض هي اما فقدان المبيضين وهذا نادر ولايمكن تحقيقه الا بفتح الجثة واما عدم تكون حويصل (جراف) وهو نادر كذلك واما ان يكون الرحم استحالويا فيكون صغيرا وليفيا وصلبا قد يحتوي عَلَى تجويف صغير في داخله واما ان يكون طفليا اي لم يكمل نموه فعدم الطمث الذي ينشأ عن هذه الاسباب هو غير ممكن مداواته . وهناك نوع آخر من فقدان الطمث الذي تتعذر معالجته وهو الذي يحصل من نقص بعض الغدد ذات الافرازات الداخلية وبالاخص من ضعف الغدة الدرقية الذي يورث البله وتشوه الخلقة وهذا يحصل في البنات اكثر من البنين . واعطاء خلاصة الغدة الدرقية هو غير كاف لشفاء هذه الحالات . والنوع الثاني يكون بنتيجة انسداد الفرج او المهبل وفي تلك الحالة يكون الرحم والمبيض سالمين ويخرج الدم من نسيج الرحم ولكنه يحتبس في تجويف الرحم لعدم وجود منفذ يخرج منه الى الخارج والانسداد يكون في اغلب الحالات في فتحة المهبل وفي هذه الحالة يكون غشاء البكارة تحت هذا الحجاب وهو يتكون من التحام قنوات (مولر)

في الجنين ويكون مستورا ببشرة ذات خلايا اسطوانية واما اذا كانت البشرة هنالك ذات خلايا رصفية فحينئذ يكون ذلك غشاء البكارة وتحصل هذه الحالة في الفتيات اللواتي هن في ١٥ — ١٨ من العمر . وتختلف الاعراض حسب دوام هذه الحالة . فالاعراض الموضعية هي انتفاخ الغشاء الشفاف ويمكن مشاهدة الدم الاحمر المتراكم خلفه من خلاله والفرج يكون سالما واذا بحث البطن يظهر فيه ورم ثابت ذو مرونة في الناحية الخثلية وفي قمة ذلك كتلة متحركة صلبة تلك هي الرحم نفسه واذا كانت المثانة مملوءة فانها تستر الورم المتنفخ فاذا اجرى فحص الشرج يظهر انتفاخ صلب يشغل الحفرة الحرقفية بتمامها وتظهر في هذه الحالة اوجاع اثناء الطمث تشتد كلما تعاظم مقدار السائل المتراكم في المهبل . وقد ينسكب الدم في بعض الاحيان في تجويف البريطون من فوهة بوق (فاللوب) فيسبب اوجاعا شديدة وتكون القناة العنقية مملوءة وكذلك المهبل ولكن جسم الرحم لايحتوي عَلَى الدم وكلما تمدد جدار المهبل الامامي ازداد جسم الرحم طولا وزاحم المثانة ورفعها الى داخل البطن وقد يحتبس البول .

المعالجة — تنحصر المعالجة في بضع الغشاء وبزله ببضع اومكواة بعد تخديره فيخرج حينئذ الدم وهو ذولون داكن يحاكي الشروب بقوامه واذا خرج الدم يغسل التجويف الداخلي ثم تقطع الاقسام الباقية من غشاء البكارة وتخاط حافاته وبعد ذلك يفحص الرحم من المهبل للوقوف عَلَى حالة بوق (فاللوب) فاذا كان هذا مملوءا فيجب رفعه حالا بعملية تجري على البطن واما اذا ترك البوق عَلَى حاله فقد يصبح سببا لنقل العدوى الى تجويف البطن ولا فائدة للمريضة من ابقائه كما انه لا ضرر عليها من رفعه لانه يكون في هذه الحالة غير صالح لاداء وظيفته الطبيعية لنقل البويضات من المبيض الى الرحم واذا لم يكن مملوءا يجب غسل المهبل فقط ويجب ان لايغسل الرحم للسبب المذكور عينه ويجب الاعتناء بتنظيف الفرج الى ان يرجع المهبل الى حجمه الاصلي . ان الاسباب العمومية لانعدام الطمث هي البلوغ المتأخر الذي يصحبه تأخر في تكمل الاوصاف النسوية الاخرى وقد يتأخر البلوغ حتى ٢٥ من العمر وكذلك كثرة التعب وعدم كفاءة الغدة الدرقية والفقر الدموي والكلوروز او التدرن الرئوي الناهض وانتان حويصلات (جراف)

واما فقدان الحيض الذي ليس باولى او بمعنى آخر الذي يكون حدوثه تابعا لاسباب عرضية فهو ينشأ عن عدة اسباب نوردها في مايلي :

١ — الضعف العمومي وهو يحصل

ا : من مرض حاد

ب : في دور النقاهة بعد العمليات الجراحية

ج — من التهاب الكلي والبول السكري والملاريا والسرطان

٢ — الفقر الدموي الشديد

٣ — التسممات المزمنة (بالرصاص واليود)

٤ — اختلالات الجملة العصبية ، الهستريا ، الجنون

٥ — عدم ملاءمة الظروف التي يعيش فيها الشخص ومن جملتها المناخ والسجن

٦ — البدانة الآخذة فى التقدم

٧ — اختلال الغدد ذات الافرازات الداخلية .

٨ — الاصابة بالبرد

٩ — اسباب موضعية وهي :

ا : انسداد الرحم من التغلسات

ب : ضمور الرحم

ج : اورام المبيض المضاعفة

د استئصال المبيض اوالرحم

ويضاف الى ماتقدم جميع انواع الضعف التى تحصل من اي سبب كان ولا يوجد علاج خاص لارجاع الطمث الى سيره الطبيعي مالم ترتفع اسباب الضعف وتعود الصحة الى المرأة .

وانقطاع الطمث هو عرض وليس مرضا خاصا . ولذلك يجب معالجة السبب الاصلي الذي افضى الى ذلك . واما الادوية المستعملة لهذا الغرض فهي كثيرة ولكنها كلها غير وفية بالمطلوب منها « الابيول » وخلاصة المبيض « بمقدار حبتين » ثم الارجوتين وبرمنغنات البوتاس وافضل علاج لهذا المرض هو الحديد ويضارعه فى الفائدة الزرنيخ . ويجب معالجة القبض جيدا لانه يضر كل معالج اذا كان موجودا . اما المعالجة بالكهربائية فهي غير نافعة .

كثرة الحيض :

من الصعب تعيين مقدار الدم الذي يخرج فى اثناء الطمث الطبيعي ولذلك تقاس كثرة الدم بنسبة تكاثره فى المريضة نظرا الى الزمن السابق .

الاسباب : تقسم الاسباب الى قسمين : عمومية وموضعية الاسباب العمومية هي جميع انواع الفقر الدموي والكلوروز وخاصة الفقر الدموي الخبيث الذي ينقص درجة التخثر الدموي فى البدن والصدمة العصبية وكثرة استعمال المواد الكحولية فى اثناء الطمث فهذه الاسباب كلها تسبب تزايد نزول الدم فى المرأة .

واما الاسباب الموضعية ؛ فهي الحمل فى خارج الرحم والتهاب الرحم المزمن والتهاب الرحم الحاد النتن وانقلاب الرحم الخلفي وسقوط الرحم المزمن والتهاب الحوض الحاد والتهاب البوق وتزايد الضغط فى البطن والاورام المبيضية واحتقانات الحوض وتزايد افرازات المبيض الداخلية وتحول الاقليم كالهجرة الى البلاد الحارة بعد الازدواج .

فيظهر مما تقدم ان الاسباب التي تعمل عَلَى اكثار الحيض عديدة ومتنوعة لذلك يجب الاطلاع عَلَى احوال المريض السابقة بصورة جيدة وفحص الحوض وما فيه فحصا دقيقا تاما ليتسنى للباحث استخراج نتيجة صحيحة تبني عليها المعالجة ليكون العلاج ناجعا ولا فائدة من العلاج اذا كان التشخيص مغلوطا والبحث ناقصا . وقد يزداد دم الحيض في زمن انقطاع الطمث عند تقدم السن لذلك يجب معرفة عمر المريضة للاهتداء الى هذه النقطة .

ويتضح للقارئ انني اهملت ذكر الاورام التي تنتاب الرحم ولم ادرجها بين اسباب تزايد دم الحيض مع انها فضلا عن كونها تكثر من كمية الدم الذي يخرج في كل حيض فانها تسبب النزيف من الرحم في الفترة التي تفصل بين كل حيض وآخر وذلك لان هذه الاورام تحتاج الى فصل خاص .

المداواة : ان الاصل في معالجة كثرة الطمث هو التوسل لازالة السبب مثلا اذا كان السبب حملا في خارج الرحم يجب اجراء العملية اللازمة لازالته حالا واذا كان التهابا

رحميا مزمنا فيمكن شفاؤه بكحت الرحم وطلائه بصبغة اليود او الانيحثيول او الغلافون او اي دواء آخر مضاد للتعفن • وقد تلجئ الضرورة احيانا الى تكرار اجراء عملية كحت الرحم •

امافي حال التهاب الرحم الحاد فيجب تسهيل استنزاف السوائل المتراكمة في تجويف الرحم وتخليص المريض من الدور الحاد • واما في التهاب جسم الرحم ، فاذا كان الالتهاب اساسيا او كان قد حصل من سقوط الرحم او من الضخامة حينئذ يكون كحت الرحم غير نافع وفي تلك الحالة يجب استئصال الرحم حينما نساعد حالة المريض عَلَى اجراء ذلك

اما انقلاب الرحم الخلفي فيحتاج الى استعمال حلقات لتعديله • واذ لم يكن ذلك كافيا فيجب اجراء احدى العمليات الخاصة بتعديل الرحم وانا افضل اجراء عملية (جيليام) لانها بسيطة ولا تمنع الحمل •

واما سقوط الرحم المزمن اذا لم يمكن ارجاعه بمداخلة بسيطة فيجب اجراء عملية « سبينل » ولكن يجب ان لاننسى ان هذه العملية صعبة الاجراء •

والتهاب البوق يحتاج الى معالجة خاصة وفي الحالات السليمة يستفاد من (الدياترمي) واما تزايد الضغط في البطن من وجود اورام فيه فيحتاج الى ازالة تلك الاورام

الطمث المؤلم :

هو الطمث الذي يصحبه الم شديد يمنع المرأة من ان تقوم باشغالها الاعتيادية واسبابه اما اختلال فعل الطمث نفسه او امراض في الرحم او في غيره من اعضاء الحوض التي تسبب الوجع خاصة في حين الحيض وتسمى الاوجاع من النوع الاول باوجاع الطمث الاولية والثانية باوجاع الطمث الثانوية •

ففي ايام الطمث يتقلص الرحم لاخراج الدم من جوفه ثم يتمدد بعد خروج الدم منه وتسمى هذه الحادثة (استعطاب الرحم) ففي الحالات الطبيعية تكون هذه التقلصات دورية منتظمة وبدون وجع • وقد تصبح هذه التقلصات تشنجية مؤلمه •

وقد يكون الرحم غير مستكمل النمو وفي حالة ابتدائية وفي هذه الحالة تكثر فيه الياف النسيج الضام حين انه لايحتوي الا على قليل من الالياف العضلية ولذلك يحتاج اثناء الحيض الى جهد كبير وهذا مايسبب التشنج والالم •

وقد تحدث الاوجاع في الطمث عن انسداد قسمى في عنق الرحم او وجود مرض في عنق الرحم او جسمه او تضيق في فتحة الرحم ، او ورم بوليبي • وهذه الاسباب في حد ذاتها لاتورث الوجع ولكن وجودها يؤدي الى جهد الرحم لاخراج الدم والوجع يحصل من ذلك الجهد وقد يتكون الوجع اثناء الحيض عن تخثر الدم داخل الرحم بصورة غير اعتيادية

ويحدث في الحالة الطبيعية احتقان خفيف في الرحم اثناء الطمث يسبب وجعا خفيفا فاذا اصبح هذا الاحتقان شديدا كما هي الحال حين يبدل الرحم وضعه الطبيعي اوفي حالات الالتهاب اوالاورام الرحمية والحوصلية تكون حينئذ اوجاع شديدة اثناء الطمث •

واعرف نوعين من الاشكال السريرية لاوجاع الطمث، الاول • الاوجاع الاولية او التشنجية وتنحصر التغيرات في هذا النوع في التقلصات الغير المنتظمة او بمعنى آخر

التشنج • واكثر هذه الاحوال يحدث لدي الفتيات الغير المتزوجات ويزول الالم على اثر الزواج • ويبدأ التشنج في الغالب مع البلوغ وفي الطمث الاول فتكون صحة الفتاة في هذه الحالة جيدة الا انها تشعر بتعب في جسمها وتكون عصبية المزاج والطمث يتم فيها في الميعاد الطبيعي اى مرة في كل ٢٨ يوما ولكنه يستمر قليلا وبكمية قليلة من الدم وقد يختل نظام الحيض او ينقطع تماما اذا كان رحم الفتاة غير كامل النمو • وتبدأ الاوجاع قبل ظهور الدم ببضع ساعات وتختلف شدتها ويكون موضع الالم في اسفل البطن في الناحية الخثلية وفي الظهر وينتشر الى اسفل نحو الفخذين والساقين . ويستمر ١٢ -- ٢٤ ساعة وتختلف شدته بنسبة معكوسة مع مقدار الدم الذي يخرج ويخف الوجع بعد هذه المدة وفي الحالات الشديدة يحصل القئ والصداع واحيانا يحصل تشنج في الشرج والمثانة

واذا بحث الرحم قد لايوجد فيه شئ غير عادي ولكنه في اغلب الاحيان يكون مقلوبا الي الامام او تكون فتحته ضيقة او يكون غير تام النمو فهذه الاسباب هي من اعظم دواعي الالم في الطمث وتفضي الى تناقص قابلية الحمل او العقامة المطلقة •

المداواة : اذا وجد تغيير موضعي في الرحم فيكون العلاج الجراحي احسن وسيلة للشفاء • ولكن اذا لم يوجد شئ فتكون المعالجة عرضية وهي ان يعطى للمرأة المغليات كل صباح لمدة يومين او ثلاثة ايام قبل حصول الطمث وتوضع عَلَى البطن اثناء الطمث رفادات ساخنة اوتدعى الى الاستحمام بالماء الساخن ويعطى لها علاج مسكن مركب من برومور الامنيوم وليكور خلات الامنيوم والبلادونا وبرومور الامنيوم يفيد ايضا اذا استعمل حقنا داخل الشرج بمقدار ٤٠ حبة وفي الحالات الشديدة تحجم الخاصرة او يوضع عليها لصقة الخردل واحسن دواء لتسكين الالم هو الانتيبرين مع صبغة الكابسيكوم واما الادوية الاخرى فيستعمل منها الاسبرين و البيراميدون والمورفين • ويجب الاجتناب عن استعمال هذا الاخير مهما امكن واذا اقتضت الضرورة لاستعماله فانه يعطى بشكل فتائل يحتوي كل منها عَلَى نصف حبة من المورفين • وانجع وسيلة لشفاء الآلام الطمثية هو الحمل لان الحمل يزيد في نشاط العضلات الرحمية •

العلاج الجراحى : يقصد بالعلاج الجراحي تسهيل جريان دم الحيض وتستعمل لذلك عملية توسيع فتحة الرحم ويشير بعض الاخصائيين الى وضع انبوبة زجاجية في فتحة الرحم وتركها هناك مدة ٢٤ ساعة والظاهر ان توسيع فتحة الرحم يؤثر في حادثة اقتطاب الرحم التي ذكرت آنفا ويعدل تشنجات الرحم ومن النادر ان لاتفلح هذه الوسائط في معالجة آلام الطمث وحينئذ يجب استئصال الرحم •

والنوع الثاني من اوجاع الطمث هي الاوجاع الثانوية اي التي يكون حدوثها تابعاً لامراض اخرى • ويحصل هذا النوع من الاوجاع بنتيجة امراض اخرى كالتهاب مزمن في بوق (فاللوب) او في المبيض او في نسيج الحوض الخلوى او يحصل عن اورام الرحم كالفيبروما او انقلاب الرحم الخلفى وخاصة اذا كان مصحوبا بسقوط الرحم فكل هذه الامراض تولد في الرحم احتقانا والما • وتكون درجة الالم متناسبة مع درجة الالتهاب واذا كان هناك ورم فان الالم يكون متناسبا مع درجة تاثير الورم في اعاقة الدورة

الدموية في الحوض . وهذه الآلام تكون شديدة كما في النوع التشنجي وتكون مستمرة وتحصل في الظهر والفخذ والورك وتسكن بعد الاستراحة في الفراش ولا يصحبها صداع او قيء واذا بحث المرء عن سوابق المريضة وجد انها قد اصيبت بمرض تناسلي فيما مضى من حياتها . ومن النادر ان تحصل هذه الاوجاع في سن البلوغ كما هي الحال في الاوجاع الاولية او التشنجية ويكون دم الحيض في هذه الحالة غزيرا . واذا بحثت الاعضاء التناسلية وجد فيها احد الامراض التي سبق ذكرها .

وعلاج هذه الاوجاع يتم بازالة السبب المؤدي اليها . وفضلا عن ذلك يوصي باستعمال المسهلات الخفيفة قبل بداءة الطمث واجتناب التعب الجسماني بالاستراحة في الفراش لاسيما بعد ظهور الدم . وتعمل حقنة شرجية بماء الملح السخن تمكث في المعى المستقيم واما الكحول والبلادونا فهما يزيدان الوجع . والبروم نافع جدا ويجب ان لايعطى الارجوتين او الهيدراستس قبل خروج دم الحيض . وينفع استعمال الستيبتول بمقدار ١٫٥ – ٣ حبات

التفلسات الرحمية :

يتم الحيض في بعض الاحيان مصحوبا بسقوط اغشية من داخل الرحم وهذا يسبب للمراة اوجاعا عند الحيض . وقد اطلقوا عَلَى هذه الحالة قديما اسم الطمث الغشائي ولكن ظهر اخيرا انه يجوز سقوط الاغشية من الرحم من دون ان يكون ذلك باعثا لآلام الطمث ولذلك ابدل ذلك الاسم بغيره وسمي (التهاب الرحم التفلسي) وقد ترك هذا الاسم ايضا لانه تبين امكان عدم وجود التهاب رحمي في هذه الاحوال .

وتحصل هذه الحالة من سقوط قطع من الغشاء المخاطي الرحمي وتكون القطعات الساقطة صغيرة بدرجة انها تختفي عن نظر الباحث وتكون في بعض الاحيان كبيرة بسعة تجويف الرحم . ويكون سطحها الظاهر املس وسطحها الباطن الملاصق للرحم مجعدا ومخططا ويظهر بالفحص النسيجي ان هذا الغشاء انما هو غشاء مخاطي طرأت عليه الاستحالة . ويرى بالفحص المجهري كأنه نسيج ليفي مرتشح بالدم ولايوجد داخل الرحم علامات التهابية او تعفن .

يمكن ظهور اغشية كهذه بعد عملية كحت الرحم والسبب لذلك مجهول والمرأة في هذه الحالة تكون دائما عقيمة ويتعذر شفاؤها ويخرج منها دم غزير عند الحيض مصحوب بآلام شديدة تستمر الى ان يسقط الغشاء ويتم ذلك في ٢ – ٣ يام .

العلاج : لايوجد علاج او عملية تمنع تكون هذا الغشاء ولا ينفع كحت الرحم بتاتا . والافضل استئصال الرحم برمته .

اوجاع مابين الطمث :

يوجد عدد غير قليل من النساء اللواتي يشكين من اوجاع تحصل لهن في الفترة التي تفصل مابين الطمث . وكثيرا ماتحدث هذه الحالة في النساء الكاملات النمو التناسلي ولا تحصل لمن هن في سن البلوغ ويكون هؤلاء عقيمات في حين وجود هذه الاوجاع ولكن من الممكن ان يكن قد حملن قبل ذلك وهذه الاوجاع تكون غالبا مصحوبة بطمث مؤلم وغزير . ولا يكون الالم شديدا ولكنه يحدث بشكل وجع في الظهر وينشأ دائما من امراض عضوية كالتهاب البوق او المبيض او التهاب غشاء الرحم الداخلي .

ان سبب اوجاع مابين الطمث لايزال غير معلوم واما المداواة فهي معالجة السبب الاصلي ومن النادر حصول شفاء تام

التدرن الجراحى

الدكتور صائب شوكت

قلما يوجد مرض يستوجب علاجه الاعتناء والسعى الطويل كتدرن العظام والمفاصل . وتختلف الوسائط التى تستعمل لهذا الغرض بين عمليات جراحية كبيرة كنشر المفصل وبين معالجة تحفظية مبنية على اراحة العضو المصاب راحة تامة واجتناب المداخلة الجراحية .

يظهر من التباين العظيم بين هاتين الطريقتين اي طريقة العلاج الجراحى المفرط وطريقة العلاج التحفظي والجدال القائم بين مدافعيها منذ سنين عديدة ان كلا الطريقتين غير كافل النجاح القطعى .

فالعمليات الجراحية كنشر المفصل تؤدى الى يبس المفصل وعدم حركته ، وكذلك تحدث تقصرا في الطرف والعملية قد تتلف المشاشة (Epyphise) العظيمة ايضا وهذا ما يفضى الى تأخر نمو الطرف المؤوف — خاصة في الاطفال — فيبقى قصيرا . وفضلا عن ذلك فان الة الجراح لا تتمكن الا من رفع النسيج المتدرن الذي يمكن رؤيته بالعين المجردة ولا شبهة في ان هناك تغيرات درنية اخرى عديدة بمحيط ذلك ولكنها جديدة ولا يمكن تفريقها الا بالفحص المجهري . فكلما رفعت الاقسام المتدرنة من عضو لابد وان تبقى فيه بعض الاقسام المتغيرة ولذلك نرى دوام المرض او اشتداده بعد عمليات مثل هذه او على الاقل حصول جيوب قيحية وناصور ورجوع حالة المرض الى ما كانت عليه .

واما الطريقة التحفظية فيمكننا بواسطتها شفاء كثير من الوقائع الدرنية ولكن ما يستعمل في هذه الطريقة من تثبيت الطرف زمنا طويلا وعدم حركته يؤديان غالبا الى التصاقات ويبس فى المفصل .

ولذلك يجب انتخاب واسطة لشفاء التدرن من غير ان تسبب التصاق المفصل او تقصره . وهذه هي المسئلة المهمة التى سوف اعالجها في مقالي هذا .

تدرن المفاصل

يبدأ التدرن من العظام او من الغشاء المصلي في المفاصل وتنتقل العدوى الدرنية الى المفصل من بؤر درنية بعيدة كالبؤر الدرنية التي في الرئة والعقد اللنفاوية . ويتم انتقالها بواسطة الدم مباشرة بالتماس مع البؤر الدرنية المجاورة للمفصل .

وبعد دخول باسيلوس كوخ الى المفصل عن كلا هذين الطريقين يحصل انسكاب مصلي وانتفاخ في المفصل . ويحتوى المصل المنسكب عَلَى مقدار كبير من مادة الفبرين وهذا الفبرين اما ان يتوضع على سطح المفصل فيشكل هنالك طبقة او يتخثر بشكل خيوط وجالحات تبقى عائمة في السائل المنسكب .

عندما يتوضع الفبرين عَلَى السطح المفصلي ميشكل طبقة كثيفة ويزداد ثخن هذه الطبقة كلما زاد توضع الفبرين . وحينئذ ترسل الاوعية الدموية ازرارها الوعائية فتشكل النسيج الحبيبى الدرني نحو الغضروف المفصلى فينخره ويحصل حينئذ عَلَى سطح الغضروف نقاط متنخرة مستورة بالنسيج الحبيبي الدرني . ففي ذلك الحين يحصل تنخر في الخلايا النسيجية المحيطية فتذوب نواتها وتختلط

مادتها الاساسية مع بعضها فيزول حدود الخلايا وتتكون مادة متجانسة وهذا ما نسميه بالتجبن . فالتجبن اما ان يمتص وذلك اذا كان قليلا او يتكلس بتوضع الحبيبات الكلسية . فيحدث عن ذلك التصاق مفصلي . واما ان يتميع و ينحل فينتج صديدا مايعا . وحين تتسع هذه الاخرجة تنفتح في التجويف المفصلي فيحصل عنها انسكاب قيحي مفصلي او اخرجة ظاهرية تنفتح في سطح الجلد واذا كان التدرن بدأ من النسيج العظمي فاما ان يبدأ من لقمات عظم الفخذ او من رأس عظم القصبة (في مفصل الركبة) وكثيرا ما يتكون عن ذلك خراج ثم شظايا عظمية . ويتجه هذا الخراج نحو المفصل فينفتح في التجويف المفصلي او يسير الى الخارج فيكون اخرجة محيطية .

ويمكن تمييز هذه الاشكال التشريحية بالتشخيص السريري بسهولة ولكن يصعب تفريق منشأ التدرن ودرجة انتشاره . والواسطة المهمة لتعيين درجة التغييرات التشريحية ومنشئها هو البحث باشعة رونتكن واهم الاشكال السريرية هو الشكل الاستسقائي (Hydosps) ففي هذا الشكل تكون الركبة ملاي بالسائل المصلي فتظهر منتفخة

ولا يكون هذا الانتفاخ منتظما بل يكون بايغا بالقسم الذي هو فوق الرضفة ولا يحصل تغيير في الجلد . فاذا جس بواسطة اليد فان اليد تدرك تموجا في داخل المفصل واما قابلية الحركة في المفصل فهي لا تتغير كثيرا حتي وان كان الانسكاب عظيما . ان منشأ القسم الوافر من الاستسقاء المفصلي المزمن في الاطفال هو التدرن . واما في الشيوخ فيمكن اختلاطه مع الروماتيزم او التهاب المفصل الناشئ من حرقة البول . وما عدا الاوصاف السريرية المهمة يلجأ في التشخيص الى البحث عن الباصالوس في السائل المنسكب أو زرق هذا السائل الى الارنب او استعمال تعامل التوبركولين الجلدي .

يوجد شكل سريري اخر لتدرن المفاصل وبالاخص مفصل الركبة وهو الشكل الكموي Genu Fungus وفي هذا الحال تكون الركبة منتفخة ايضا ولكن اذا لمسناها نراها صلبة وكثيفة ولا تدرك فيها اليد التموج . ويحصل هذا الشكل من تكاثر الازرار الدرنية والفيبرين وتشكل نسيج التهابي والتصاقات في المفصل . يحصل في هذا الشكل ضمور عضلي شديد في الساق وفي الفخذ . ولما ينتشر التدرن الى النسيج المحيط بالركبة وتحصل ارتشاحات خلوية والتهاب مزمن في تلك الانسجة الليفية يزداد الانتفاخ ويتوتر الجلد فيأخذ لونا ابيض وحينئذ تسمى هذه الحالة بالورم الابيض (Tumor Albus) .

تحصل اوجاع ذاتية فى هذا النوع من تدرن الركبة تمتد عَلَى طول الساق وتتزايد في أثناء الحركة . واما الحركة فهي محدودة للغاية بعكس الشكل الاستسقائي . وذلك لحصول التصاقات مفصلية وتثخن في الاربطة والمحفظة المفصلية . لان الحركة تثير الالم الشديد فيبقى المفصل من اجل ذلك عاطلا .

ويوجد شكل ثالث لتدرن مفصل الركبة وهو الشكل الصديدي المصحوب بخراج بارد . يحصل هذا من تميع المواد الجبنية التي تحصل من تنخر الانسجة الرخوة والعظام . واذا ما اتسع نطاق هذه الاخرجة تنفتح في التجويف

المفصلي او بين الانسجة فتتكون منها اخرجة باردة . وتمتد هذه الاخرجة بين الانسجة الرخوة الى مسافات بعيدة . مثلا كثيرا ما نرى الفخذ ممتلئا بصديد الخراج البارد الذي قد نشأ عن تدرن الركبة .

التشخيص باشعة رونتكن . — حينما يبدأ التدرن المفصلي كاكثر الافات الدرنية يبدأ تدريجيا وحينئذ لا تظهر له اعراض واضحة وخاصة في تدرن الركبة يحس المريض بوجع قليل في ركبته اذا مشى شوطا طويلا ويتعب بسرعة ففي هذا الدور لا يمكن وضع التشخيص القطعي الا بواسطة اشعة رونتكن . ويرى في هذا الدور بفحص اشعة رونتكن ضمور في العظام التي تكون المفصل وتلاشي قسم عظيم من المواد الكلسية فيرى حينئذ بالتصوير الشعاعي تناقص كثافة تجاه الاشعة ولكن بعد ذلك يبدأ تنخن في الغضروف المفصلي وتنخر العظام ويمكن رؤية هذا التنخن خاصة في تدرن الركبة في الموضع الجانبي و اما تنخر العظمي فيمكن رؤيته بشكل بمارين سوداء في النهايات العظمية التي يتألف منها المفصل .

اكثر المفاصل تأثرا بالتدرن هو مفصل الركبة . وسبب ذلك هو كثرة حركة هذا المفصل وكونه يحمل الجسم باجمعه . وهو عرضة للصدمات الخارجية . ونصادف هذا كثيرا من تدرن العمود الفقري ايضا ويكون ذلك غالبا في الفرس والكرد ومن الممكن ان لحرفة الحمل يدا في توليد ذلك . ويبدأ التدرن من وسط جسم الفقرة ويتسع نحو المحيط فيتكون عنه تنخر في جسم الفقرة وخراج يتسع حتى يشمل جسم الفقرة باجمعه . وحينئذ تخسف تلك الفقرة بنتيجة الضغط فتسقط الفقرة التي فوقها ويحصل بنتيجه ذلك انحناء في الظهر (Kyphosis) واذا كان المرض في منتصف الفقرة يحصل انحناء نحو ذلك الطرف فقط ويسمى هذا بالانحناء الجانبي (Skoliosis) وقد يعم التدرن فقرات عديدة وهذا ما يسبب تزايد الانحناء ومع تقدم التدرن تتكون اخرجة باردة تسير الى اسفل فالتي تنشأ من القسم القطني تسير مسير صفاق بسواس الحرقفي وتظهر في ناحية مثلث اسقاربا او تتبع الصفاق المربعة القطنية فتظهر خلفا فوق الشوك الحرقفي واما اذا كان التدرن مستقرا في العمود الرقبي اوفي الفقرات الظهرية العلوية فيسير الصديد خلف المنصف الصدري ويتعقب مسير الاغمدة المعلقة للمري والشريان الابهري ويقضي اخيرا تكوين خراج الحجاب الحاجز اويتابع سيره الى اسفل مع الشريان الابهري والشريان الحرقفي فيظهر في قناة هونتهر في الفخذ .

اول عرض يبدو من تدرن العمود الفقري هو الوجع الذي يحصل في الظهر حين السعال اوالقيء اوالانحناء والسير واذا ضغطنا في هذه الحالة عَلَى النتوءآت الشوكيه نعثر علي نقاط مؤلمة توافق المحل المتدرن يحصل شيء من هذا فيمكن اظهار الالم من المواضع المتدرنة بالضرب عَلَى الرأس ضربا خفيفا . ويحاول المريض دفع الآلام التي تحصل عند سيره بتثبيت العمود الفقري وعدم تحريكه ويتضح عمل المريض هذا اذا دعوناه لان يلتقط شيئا من الارض فانه في هذه الحالة يتكئ بيده عَلَى ركبته وساقيه ليتسنى له الوصول الى الارض و يفعل مثل هذا عندما يريد الوقوف و باثناء هذه الحركة يقبض المريض عَلَى مفصل الحرقفة والركبة بكل قواه محاولا منع انحناء العمود الفقري

والعرض المهم هو الانحناء الظهري Kyphosis او الانحناء الجانبي Scoliosis واذا احدث من سقوط الفقرات والانحناء ضغط اوضرر عَلَى النخاع الشوكى فلاشك فى حدوث شلل في الطرف الاسفل واذا لم يكن حصل تلف في النسج العصبي يمكن تلافي ذلك باجراء العملية الجراحية ويقصد بها تخفيف الضغط اورفعه ولكن قد يلتهب النخاع الشوكى اوينتفخ او يتلين من انتقال العدوى اليه وحينئذ يصعب العلاج وتحصل تغيرات عصبية عديدة كالآلام العصبية اوشدة الاحساس اوالتهيج العصبي وكل ذلك منبعث عن انضغاط الاعصاب المختلفة بالصديد الدرني فيجب اذا بحث العمود الفقري كلما اشتكى المريض من الم يوافق سير الازواج العصبية التي تصدر من العمود الفقري فاذا لم يكن انحناء ظهري اوخراج ظاهري فالواسطة الوحيدة لتشخيص التدرن هي اشعة رونتكن يظن في الظاهر ان تشخيص داء البوت هو سهل ولكن المشاهدة الاتية تدل عَلَى صعوبة ذلك • جاء الى هذا المستشفى بتاريخ ٣ كانون اول سنة ١٩٢٥ شخص يدعى ج • د وهو فارسي الاصل يشتكي من انتفاخ فوق شوك الحرقفة وعند الفحص تبين ان فيه خراجا باردا نازلا من العمود القطني ولكن لايوجد انحناء ظهري وقد بزل الخراج وظهر منه صديد كالصديد الدرني الذي نراه دائما ثم ارسل الى الفحص باشعة رونتكن لتأكيد التشخيص ولكن كان الجواب مشتبها فيه وان الدكتور نورمن ظن ان المرض الموجود ليس له اوصاف التدرن العادية • لان العرض الاصلي في التدرن هو تلف العظم وضموره يكون الاساس وانا هنا فكان يوجد تناقص في تكلس العظم وجسور عظمية بين الفقرات وبقي المرض مشتبها بين التدرن والتهاب المفصل التعظمي وقد عولج وتحسنت حالته وخرج من المستشفى ولكن ما لبث ان رجع بعد ثلاثة اسابيع وقد عادت اليه الامه وفيه خراج كبير فوق شوك الحرقفة واخر فى الفخذ بمثلث اسقاربا وثالث في خلف الفخذ تحت الناحية الاليوية وارسل الى الفحص باشعة رونتكن ثانية وقد اوصاني الدكتور نورمن في هذه المرة ان افحص دمه بتفاعل واسسرمان وقد فعلت ذلك واسفر التفاعل عن نتيجة موجبة شديدة تساوي (+ + +) ولكن كانت حالة المريض سيئة جدا ولقد توفي بالرغم من معالجته بالعلاج السفلسي الخاص وقد فتحت جثته بعد الممات واستخرجت العمود القطني فكان منظره يؤيد نتائج البحث باشعة رونتكن اى كان فيه اشواك وجسور تسير من فقرة الى اخرى وهذا ما ايد تشخيص المرض « بالتهاب افرنجي في العمود الفقري — Spond iliteSyphil itique » ولذلك من الخطا ان نعتمد عَلَى التشخيص السريري وحده يجب تعزيزه بالفحص باشعة رونتكن •

المداواة

لايخفى ان التدرن مرض يستولى على الضعفاء المنهوكي القوى وتبتعد عن الاقوياء • فالنسل القوي والشعب النشيط هما بعيدان عن هذا الداء وكلما تقدمت مدارسنا وتقدمت عندنا تربية الفتيان والاطفال والاعتناء بالصحة والرياضة البدنية يتقلص ظل هذا المرض الفتاك وتنكسر شوكته وما اعظم ارتياحي حينما اري صفوف الكشافة تسير باقدام نشيطة وارواح مفعمة بروح الشباب نحو المستقبل الزاهر غيرانه مما يدعو الى الاسف اننا لانزال نري كثيرا من

ناشئتنا وهم هزيلو الابدان منهوكو القوى وقد تسلط الضعف عليهم منذ نشأتهم بدواع وراثية عديدة لامناص للطفل منها •

وتنقسم المعالجة الى قسمين : واقية وشافية •

فالقسم الاول هي المداواة الواقية وهي من وظائف الامهات والمدرسين والمربين ومصالح الصحة • وهذا مما يدخل في بحث خاص يخرج عن صدد هذه المقالة •

واما المداواة الشافية التي يجب استخدامها بعد حصول المرض فهي اما موضعية واما عمومية • وسوف اصرف النظر عن المعالجة العمومية تاركا البحث فيها الى اخصائي الامراض الباطنة واكتفى منها بذكر كلمة وجيزة وهي : ان المعالجة العمومية تنحصر في جميع الوسائل التى تعمل على تنشيط الجسم ، من هواء طلق وغذاء جيد وحياة منظمة وما يتلوها من وسائط ميخانيكية وحكمية اودوائية اذكر منها دواء واحدا ليس لانه افضل دواء ولكنه يعين الطبيب في كثير من الحالات عَلَى انجاز مهمته حينما يكون مكتوف اليدين امام مريض تقدم فيه التدرن الى درجة لايمكنه معها توقيفه اوتبديل بعض الاعراض التي تزعج المريض كالحرارة والانحطاط في القوي والعرق الغزير • وهذا الدواء هو زيت الكافور . وقد استعملت هذا العلاج في الحالات التى تعد معدومة الرجاء • ومن تلك ان مريضا كانت تأخذه الحمى كل يوم منذ اشهر عديدة وهو فاقد الشهية ويشتكى من اضطراب وآلام وقداعطيته ٤ — ٦ زرقات في اليوم من زيت الكافور واسفر هذا العلاج عن هبوط الحرارة ورجوعها الى حد الاعتدال، وعودة الشهية للطعام ورجوع نشاطه • ولو كان لدينا واسطة اشد من هذه تأثيرا على المرض لكان من الممكن انتشال هذا المريض وتخليصه من الموت •

واما العلاج الموضعي فهو اساس بحثي • ولكن لاشك ان العلاج الموضعي يجب ان يصحبه علاج عمومي وليس من الشرط الاساسي ان يتحسن التدرن الموضعي مع تحسن الحالة العمومية فاني رأيت تحسن تدرن المفصل رغما عن تردي الحالة العمومية وطبعا ان هذا التحسن لايكفي الا اذا رافقه صلاح الحالة العمومية •

والعلاج الموضعي يختلف حسب الحالة ولكنه يرتكز على اساسين الاول العلاج بالشمس والثاني الاحتقان المنفعل • وقبل ان ادخل فى وصف هذين العلاجين احب ان اورد بعض التدابير الصغيرة وهي تتنوع بحسب المفصل المراد علاجه فاذا كان قد حصل قرب المفصل خراج كبير لايجوز لنا طبعا ان نترك ذلك الخراج الى فعل العلاج الشمسي مؤملين امتصاص الكمية العظيمة من الصديد بهذه الواسطة وفى هذه الحالة افضل خذف الخراج برمته بدلا من افراغه بالبزل وحقنه بمحلول اليودفورم بالزيوت • ولذلك اشق الخراج شقا واسعا والغرض من ذلك الشق رؤية كل زاوية من زوايا الخراج فيخرج منه الصديد ثم يجرف قاعه وجميع خباياه بواسطة المجرف ويحذف الغشاء الصديدي الذي يفرش باطن الخراج • ونرى اثناء ذلك ان الخراج متصل باخرجة اخرى مستقرة بين العضلات والانسجة فيجب تنظيفها كلها بعناية تامة ويجب اجراء عملية التنظيف بمهارة ورفق تحاشيا من قطع الاوعية وبالاخص الاوردة العالقة بالخراج • وبعد ذلك التنظيف يطلي جدار الخراج باليودفورم والبزموث •

ثم يخاط الجرح ويربط ربطا محكما ويثبت العضو كله بواسطة جبيرة ·

ثم يترك على هذه الصورة عشرة ايام ويلاحظ كل يوم او يومين · واذا ماتمت هذه العملية ينبغي الشروع بالعلاج الشمسي لتسهيل شفاء البؤرة الدرنية المفصلية ·

واذ كان نوع التدرن مما يفضي الى يبس العضو وتعطيل حركاته يستعمل اذا التمديد التدريجي · وكثيرا ما يحدث ذلك في تدرن الركبة او المفصل الحرقفي · ولذلك يجر الطرف المؤوف بان يربط في نهايته جسم ثقيل يعمل عَلَى تمديد ذلك الطرف بدون ان يشعر المريض باضطراب ويمكن بهذه الواسطة تمديد الركبة المتقبضة بمدة ٣٠—٤٠ يوما وفى اثناء هذا التمديد يداوم طبعا عَلَى تطبيق العلاج الشمسي وارى ان افضل وسيلة لتعديل الانحناء الظهري في تدرن العمود الفقري هو وضع وسادة لينة بصورة مناسبة تحت ظهر المريض وتركه مستلقيا عَلَى ظهره فاذا كان المريض طفلا فيجب تثبيته في الفراش وبهذه الوسائل يمكن تعديل انحناء المريض الى درجة ما واذا تم ذلك يثبت العضو برباط من الجبس · واذا كان تدرن العمود الفقري قد سبب ضغطا عَلَى النخاع الشوكي او قد كون خراجا في الحجاب الحاجز فلا شك فى انه يجب فتح العمود الفقرى وتنظيف البؤرة الدرنية ورفع الضغط عن النخاع

وقد اكتشف Albee اخيرا عملية جراحية جيده لاجل معالجة تدرن العمود الفقرى وهي ان يقطع من عظم القصبة شظية عظمية طولها ١٠ — ١٢ سانتمترا ثم يعمل شق طولاني في النتوآت الشوكية للفقرات التى حول البؤرة الدرنية وتوضع تلك الشظية العظيمة في داخل الشق ·

ولقد اجرينا هذه العملية اربع مرات وكلها انتج نتائج باهرة .

العلاج الشمسي

ما هي القوة التى تعطي الشمس تأثيرها الشافي على التغيرات الدرنية ؟

لا يمكننا ان نقول — ان لاشعة الشمس نفسها خاصة شافية عَلَى التغيرات الدرنية لان تلك الاشعة لا يمكنها ان تخترق الانسجة كلها وتصل الى العظم والمفصل كي تهلك جرثومة التدرن · اذا كيف يمكننا ان نعلل النتائج الحسنة التي حصلنا عليها من العلاج الشمسي ؟ كل منا يعلم انه اذا عرض احد جلده الى اشعة الشمس مباشرة لزمن طويل يحصل احمرار في جلده ثم يتحول ذلك الى حس الم وحرقة وبعد ذلك تحصل في الجلد تحولات نسميها بحرقة الشمس ولكن اذا عرضنا جلدنا الى الشمس تدريجيا يتبدل لون الجلد فتحصل فيه سمرة وتزداد صبغاته ويحصل هذا التبدل ليتسنى للجسم مدافعته ضد اشعة الشمس المحرقة · واما الواسطة الاخري التي يدافع الجسم بها نفسه تجاه الشمس المحرقة فهي توسع الاوعية في الناحية المعرضة للشمس ونشاط الدورة الدموية (اي حصول الاحتقان التواردى) فيها والغرض من ذلك جذب الحرارة الزائدة من تلك الناحية ومنع تغيرها · ولاثبات حصول الاحتقان في العضو المعرض لتأثير الشمس يمكن اجراء التجربة الاتية : خذوا ابرة وعقموها ثم اغسلوا الجلد بالكحول وابزلوه وعدوا قطرات الدم التى تسيل منه · ثم اعرضوا تلك الناحية الى الشمس نصف ساعة وابزلوا الجلد ثانية وعدوا قطرات الدم تجدوها اكثر من الاولى ٤ — ٧ مرات ·

واذا دققتم كيفية حصول الاحتقان بهذه الصورة تجدون ان الاحتقان لا يزول بعد ان تحجبوا العضو عن تاثير الشمس بل يزداد ويبلغ حده الاعظم ساعة بعد رفع العضو عن تأثير الشمس ويستمر على الاقل حتي ساعتين او اكثر بعد ذلك · وفعل الاحتقان هو كاف لايضاح جميع النتائج الحسنة · وان نشاط الدورة الدموية في احد الاعضاء يؤدى اولا الى نقل جميع السموم المرضية بسرعة ثانيا الى تزييد هضم الجراثيم (الفاغوسيتوز) وبهذه الواسطة ينحل جميع النسج المتدرن والصديد المتراكم وينمو نسيج جديد سالم قوى ليحل محله · فبعد ان يستمر هذا العلاج الى زمن موافق يبدأ الصديد الثخين والمتجبن ان يذوب ويتحول الى صديد سائل ثم يتبدل الى مصل وبعد ذلك نرى ازرار النسج الجديد السالم بارزة من فوهات ناصور القيح · وتوجد واسطة اخرى لتزييد الدورة الدموية واحداث الاحتقان وهي مداواة الاستاذ (بير) المبنية على تكوين الاحتقان الاحتباسي

يستعمل (بير) طريقة الاحتقان الاحتباسي في العضو المتدرن ثلاث مرات في اليوم تستمر كل مرة اربع ساعات وتتخللها فترات تمتد كل منها ساعة واحدة ويعطي ١—٢ غرام من يودور الصوديوم عشر دقائق قبل المباشرة بعملية الاحتقان · ويقول الاستاذ ان اليود ينتقل الى الناحية المحتقنة ويتراكم فيها فيضعف جراثيم التدرن · وفي الحقيقة ان استعمال اليود يمنع تكوين الاخرجة التالية في اطراف العضو المتدرن اثناء العلاج الاحتقاني · وقبل ان استعمل اليود قد حصلت في ثلاثة من المرضى توليت مداواتهم اخرجة درنية في اطراف العضو المتدرن في حين ان التدرن كان آخذا في التحسن وسائرا نحو الشفاء · ولم تحدث اخرجة مثل هذه بعد استعمال اليود · الا ان استخدام طريقة الاحتقان الاحتباسي بوضع الرباط الحابس يحتاج الى شيء من الاختبار ويجب ان لايعهد به الى المضمدين في بادئ الامر · يستعمل للربط اربطة من انابيب الصمغ المرن فاذا كان التدرن في الاطراف كالركبة او القدم او الرسغ يربط فوق هذه النواحى ويجب وضع الرباط بصورة ملائمة بشرط ان تنتفخ الاوردة الجلدية وتزداد حرارة تلك الناحية ويجب ان لايحصل وجع او الم من وضعه · فاذا احكم وضع الرباط احكاما شديدا فانه يمنع جريان الدم الشرياني والوريدي معا فيحصل فقر دموي في تلك الناحية عوضا عن الاحتقان وذلك ينتج عكس الغاية التي نرمى اليها · وعلى عكس ذلك اذا لم يشد الرباط الى الدرجة المطلوبة لايحصل الاحتقان وعليه فلا تحصل النتيجة المرغوبة · واحسن علامة تدل على ان الرباط قد وضع بصورة موافقة هى تمدد الاوردة وتزايد الحرارة واحمرار الناحية ثم عدم حصول الم او وجع · فاذا كانت الآفة الدرنية مستقرة في الساعد او المرفق او الرسغ فالرباط يوضع عَلَى العضد واذا كانت في الركبة او القدم فانه يوضع عَلَى الفخذ · ويشير (بير) الى وضع الرباط حول البطن اذا كان مركز التدرن في الحوض او فى المفصل الحرقفي · ويمكن وضع الرباط الحابس حول الكتف او الحرقفة وتثبيته بواسطة حزام يشد فى اطراف الصدر او البطن لمنع انزلاقه · واما انا فكنت استعمل الطريقة التالية فى المستشفى :

كنت اضع الرباط الحابس فوق القسم المتدرن صباح

كل يوم عند وصولي الى المستشفى وانقل المريض الى خارج الغرفة واجلسه في ظلها وامدد طرفه المتدرن تحت تأثير شعاع الشمس مباشرة واتركه في هذه الحالة اربع ساعات

يبدأ الاحتقان بعد وضع الرباط ببضع دقائق فيزداد ويبلغ حده الاعظم بعد نصف ساعة · فتزرق تلك الناحية وتزداد حرارتها واذا كان هناك ناصور او بؤرة درنية مفتوحة يبدأ سيلان الصديد والمصل منها بتأثير شدة الاحتقان · ولا يشعر المريض بالم او وجع بل انه على عكس ذلك يشعر بارتياح اذا كان متألما من قبل ويحصل له ذلك حالا تحت تأثير فعل الاحتقان فيشعر المريض بخدر في الطرف المؤوف · وبعد مرور اربع ساعات يضمد المفصل تضميدا رطبا و ينتقل الى غرفته وقد استخدمت طريقة العلاج هذه في ما يقارب الستين وقعة وكانت النتيجة كما يأتي :

المرض	عدد الذين عولجوا	الشفاء التام	التحسن	عدم التحسن
تدرن القدم	١١	٧	٣	١
تدرن الركبة	٨	٤	٤	٠
تدرن المفصل المرفقي	٦	٠	٣	٣
تدرن الفقرات	٩	٠	٣	٦

وتحتاج هذه المعالجة الى الصبر والثبات من المرضى وهو ما يندر وجوده فيهم وكثيرا ما كنت اضطر الى اخراج المرضى من المستشفى بعد تحسن قليل وقبل اتمام المداواة لعدم وجود محل كاف في المستشفى يساعد عَلَى ابقائهم الى الزمن المطلوب · واظن ان القراء يدركون اهمية هذا النجاح على ما فيه من النواقص اذا لاحظوا المحل الذي كان يقوم فيه المستشفى القديم اعني (المستشفى العام الجديد) وتذكروا الصعوبات الجمة التي كانت تعرقل آنئذ استقصاء البحث والسعي الى اتمامه · ومع ذلك فقد كان معدل مدة المداواة يتراوح بين ٤—٨ اشهر ولبعض المرضى اكثر من سنة · واما المرضى الذين لم ينجح فيهم العلاج فهم من الذين قد تقدم المرض فيهم كثيرا فافقدهم قوتهم وكان معظمهم مصابا بالسل الرئوي والضعف العمومي والفقر الدموي ·

كنت افكر في السعي لتأسيس شعبة في المستشفى الملكي لمعالجة التدرن الجراحي ولكن كان عدد سرره محدودا لايتسع لتأسيس هذا المشروع فاضطررت لقطع تجاربي وسعي لاختبار هذا العلاج المهم · ولقد عرضت فكرة تأسيس شعبة خاصة لمداواة التدرن الجراحي في المستشفى الملكي عَلَى حضرة مدير المستشفى فاستحسنه ولكن عدم وجود المخصصات حال دون ذلك ·

والكلمة الاخيرة في هذا الموضوع هى ان معالجة التدرن تحتاج الى تشكيلات خاصة كمحال الاستشفاء (سناتوريوم) ولكن مما يوجب الاسف ان العراق محروم من مؤسسات كهذه ولم تكن لدينا وسيلة في الوقت الحاضر سوى (مستشفى الاعتزال) نرسل اليه القسم القليل من المصابين بالتدرن وهو القسم الذي قد تقدم المرض فيهم فلم يعد يفلح الدواء وعليه فان احداث مؤسسات خاصة تقوم بمعالجة التدرن هو من اهم المسائل التي يجب الاعتناء بها في المستقبل ·

———

الامراض في الوية العراق (١)

الدكتور هيكس

(اخصائي الامراض السارية في مصلحة الصحة العامة)

تتوقف كثرة الاصابات وقلتها في المناطق المختلفة عَلَى عوامل شتى سننظر الآن في بعضها ·

(ا) الميكروبات والطفيليات

يمكن تقسيم هذه الحوينات من الديدان المعوية الى الطفيليات الميكروبية الى قسمين عظيمين «١» الطفيليات التي تعيش شطرا مهما من حياتها في جسم آخر غير الجسم البشري و «٢» الطفيليات التي لاتعيش في غير بدن الانسان

ومن امثال القسم الاول طفيليات الملاريا والشيزوستوميازس والتريبشين والاكياس المائية وغيرها من نوع التنيا وهلم جرا والعوامل الطبيعية التي تؤثر عَلَى هذا النوع قد تؤثر عَلَى الانسان مباشرة او على الطفيلي او عَلَى الوسيط الاخر الذي يعيش فيه الطفيلي قبل دخوله بدن الانسان فالحرارة والبرودة مثلا تؤثران عَلَى نمو طفيلي الملاريا في الانسان والبعوض معا وتؤثر كذلك عَلَى توالد البعوض

اما طفيليات القسم الثاني التي تعيش فقط في الانسان فمنها تحيى حياة قصيرة جدا خارج الجسم البشري كجراثيم الحصبة والزهري والانفلونزا التي لاتلبث ان تموت اذا كانت خارج الجسم ومنها يعيش عيشة طويلة خارج الجسم ويكون معرضا كثيرا لبعض العوامل الطبيعية كطفيليات التدرن في البصاق والتيفو في الماء والتيتانوس في التراب والجدري في المواد ذوات المسام والطاعون في الجرذان المائتة وتتوقف كثرة الاصابات بهذه الامراض عَلَى درجة مقاومة الطفيليات للعوامل الطبيعية عندما تكون خارج البدن

(ب) الحيوانات والحشرات

ان وجود امراض تختص بالحيوانات ويمكن سرايتها الى الانسان امر مهم جدا · ومن امثال هذه الامراض التدرن البقري وداء الكلب والانتراكس «البثرة الخبيثة» والطاعون وقد تكون بعض الحيوانات الوحشية او الاليفة بمثابة مستودع لبعض الامراض التي تنقل الى الانسان ومرض النوم المعروف في افريقيا هو احد هذه الامراض وبعض الحيوانات والهوام وان كانت ليست ضرورية لنمو مكروبات بعض الامراض غير انها تكون واسطة لنقل المرض اليه ومن امثال ذلك الذباب في نقل جراثيم التيفو والزحار، وبعض انواع البعوض (ساند فلاى) في الليشمانيا الجلدية (بثرة العراق) (وربما كانت تنقل المرض المعروف باسم كالا ازارايضا) وحمى البق ؛ والقمل في الحمى التمشية

(ج) احوال الطقس

ان حرارة الطقس وبرودته ومقدار الرطوبة الموجودة في الهواء والارتفاع فوق سطح البحر والقرب منه والمستنقعات والصحاري والرياح ونوع التربة وتعرض المنطقة لاشعة الشمس والرياح ونوع الزراعة (اذا كانت للحصد او الرعى) ووجود الاشجار والخضار ودرجة

(١) خطاب نفيس ومفيد جدا القي في اجتماع الجمعية الطبية البغدادية لشهر مايس ١٩٢٦ وقد تلاه بالعربية حضرة الدكتور سامي بك شوكت مدير صحة العاصمة ·

امتصاص الارض للمياه كل هذه عوامل تؤثر على وقوع الامراض فالبرد مثلا منشط والحرارة الزائدة تولد الخمول وترخي الاعصاب . .

ان الحرارة تساعد الملاريا والزحار والهيضة والطاعون والبرودة تساعد الروماتيزم والحمى القرمزية والخناق والتهاب السحايا الدماغية . ولا يمكن فصل تأثير الرطوبة عن تأثير الحرارة والبرودة وحركة الرياح . فالهواء الحار المشبع بالرطوبة يقتل النشاط ويساعد امراض الاعضاء البطنية ويزيد في فتك بعض الامراض كالتدرن .

والارتفاع يفيد في تعقيم البشرة وتنشيط الابدان بصورة عامة وذلك لان اشعة الشمس هي اقوى في الاماكن المرتفعة منها في الاماكن المنخفضة وقد سبقت وذكرت ان الحرارة غالبا تضر الطفيليات البشرية اذا كانت خارج البدن .

وكل هذه النقاط تمثل العامل الطقسي الذي له تأثير عظيم على نسبة وقوع الامراض في جبال الموصل وكردستان مثلا وفي جنوبي العراق .

(د) ماء الشرب والتربة

ومن جملة العوامل ايضا تركيب ماء الشرب الكيميائي ونقاوته البكتيريولوجية . فالمظنون ان الجدرة Goitre والحصى في المجاري البولية والامراض الهضمية مسببة عن بعض الاملاح الموجودة في مياه الشرب . ونعرف كثيرا من الامراض الناجمة عن البكتيريا التي يحملها الماء ورخاوة التربة وكثرة المسام فيها او قلتها تعد ايضا من جملة العوامل فالاتربة الرطبة والتي لاتنشف مياهها بسهولة تعد ملائمة ومساعدة للتدرن والروماتيزم والامراض التنفسية

(ه) نوع الاغذية التي تغتذي بها الاقوام

هل الغذاء المعتاد كاف ومعتدل ؟ وهل يحتوي على كفاية من المواد الجوهرية اللازمة للنمو وللتعويض عما يتلف ولادخار القوة لمقاومة العدوى ! وهل فيه كفاية من الاملاح والفيتامين Vitamins التي لابد منها للبدن ليقوم بوظائف الافرازات الداخلية (Endocrine) واعمال التطورات الغذائية (Metabolisme) ان لنوع الطعام شأنا في توليد الكساح (Rachitisme) والسكوربوت والبري بري وغير ذلك من العاهات المرضية وكذلك في نشاط البدن العمومي ومقاومته للعدوى .

(و) الازدحام في المساكن وتقارب البيوت الى بعضها

يعتبر هذا ايضا من العوامل المرضية لانه يسهل امر انتقال المرض وكثيرا مايظهر تأثيره في اصابات التدرن

« ز » القابلية الجنسية للمرض اوعدمها

ومن جملة مايؤثر على وقوع الامراض في بلادنا الكثيرة العناصر اختلاف العوائد البيتية والالبسة والطقوس الدينية علاوة على القابلية الجنسية لبعض الامراض فاليهود مثلا قابلية لداء السكر والنساء المسلمات للتدرن .

(ح) مستوى التهذيب الصحي

اعني بذلك نسبة تهذيب الاهالي في المبادي الصحية بمخالطتهم الشعوب المتقدمة بواسطة المعاملات التجارية او بواسطة الواجبات الصحية الدينية والادبية المطلوبة من اتباع الشيع المختلفة . ومن جملة الامراض التي لها مساس بدرجة التهذيب الصحي الامراض الكحولية والزهرية .

(ط) الحرفة

كما انه يوجد امراض تختص بالحياة الصناعية هنالك امراض تتعلق بالحياة الزراعية . فزارع الرز معرض للبلهارزيا والملاريا وحاوي المواشي والاغنام معرض للانتراكس والاكياس الديدانية (Hydatid Disease) وما شاكلها .

(ى) واخيرا نسبة اعمار الاهالي ونسبة عدد الذكور الي عدد الاناث .

وهذا مما يؤثر كثيرا على نسبة الاصابات لانه يوجد امراض تختص بالاطفال واخرى بالشبان واخري بالكهول واخري بالمسنين . ومن اهم العوامل لذلك الهجرة والجوع والحرب . ويلاحظ ذلك الان في كردستان حيث قد سبب كثرة ورود المهاجرين زيادة عدد الاصابات في كثير من الويتنا .

وكل هذه العوامل لابد من مراعاتها اذا اردنا ايضاح مسألة نسبة وقوع الامراض . سينظر في امر اجراء الكشوف الطفيلية والانقيمولوجية فيما بعد . غيران احصائية السكان ومعرفة الاعمار وعدد الذكور منهم والاناث وضبط امر الاخبار بالاصابات وتسجيل الوفيات والولادات بصورة منتظمة وتوسع مصلحة الصحة بحيث يتسني لها اسداء تسهيلات كثيرة لمعرفة الامراض وطرق مداواتها كل هذه تساعد في الحصول على احصائيات اكثر انتظاما بالوفيات والامراض . اما الان فليس لدينا احصائيات يركن اليها في عدد افراد القبائل والوفيات التي تحدث بينهم بل لدينا فقط احصائيات المدن الكبيرة .

وعلى كل اني اود ان افحص الان الاحصائية الوحيدة المتيسرة لدينا وهي احصائية المؤسسات الصحية في القطر كله مع المؤسسات الخيرية الصغيرة القليلة العدد الموجودة في بغداد لعلنا نجد فيها بعض النقاط التي يهمنا معرفتها حول نسبة وقوع بعض الامراض في الوية العراق .

الجدول الاول (١)

ترون في الجدول الاول عدد المراجعين الجدد المصابين ببعض الامراض الذين عولجوا في المؤسسات الصحية في الوية العراق خلال ثلاث سنوات (سنة ١٩٢٣و١٩٢٤ و١٩٢٥) . وقد وضعت مؤسسات السكة الحديدية تحت عنوان خاص واحصائيات لواء السليمانية هي عن سنتين فقط واحصائيات البلهارزيا لسنة ١٩٢٥ فقط .

الجدول الثاني

يريكم الاعداد المذكورة في الجدول الاول ولكن بصورة نسبية والارقام المذكورة فيها هي اعداد المصابين بالامراض على اختلاف انواعها بنسبة واحد الى كل ١٠٠٠٠ مريض من المرضي الجدد المراجعين فالنسبة اذن هي بين المرضي ولا تشمل الاصحاء . فترون في هذا الجدول اهم اسباب الامراض في كل لواء ونسبة ذلك الى غيره من الوية العراق .

مثال ذلك ان مراجعي مؤسسات لواء بغداد لمداواة العيون يبلغ عددهم مرتين ونصف مرة اكثر من الذين يراجعون مؤسسات لواء البصرة لهذا المرض ومرة ونصف مرة اكثر من معدل المراجعين في القطر كله . وهذه

(١) تجد الجداول في آخر المقال .

الارقام يمكن اعتبارها كدليل تقريبي للمقابلة مع باقي القطر . وقد اعددت جدولا لكل من هذه الامراض الرئيسية يظهر نسبة الامراض الى بعضها في كل لواء من الوية العراق ومقابلتها مع معدل الاصابات في القطر كله .

ان هذه الجداول واضحة ولا تحتاج الى تفسير غير اني اود ان ابين النقاط التالية :--

امراض العيون

ان عدد هذه الامراض في بغداد زائد جدا وبخلاف ذلك في الحلة والديوانية . ان الذى يساعد على انتشار التراخوما وامرض العيون الاخري المعدية هو الازدحام في مدننا الكبيرة وربما كان هذا اهم العوامل المسببة لهذا المرض .

الملاريا

لم يكن من المنتظر انتشار الملاريا بهذا المقدار في لوائي كربلاء والحلة التى عم فيها المرض عام ١٩٢٤ بصورة استيلائية وكان نوع الملاريا الغالب من الثلاثية السليمة (Benign Tertian) ولكنه قد تغير فاصبح اكثره من نوع الملاريا الثلاثية الخبيثة (MailgnantTerian) وربما جيء بهذا المرض من ايران .

الزحار والاسهال

ان عدد هذه الامراض في الموصل وكردستان بارز والاسباب في ذلك موضوع مهم للتأمل فيه ومن جملتها الغذاء والفقر المستولي على هؤلاء الجبليين .

الامراض الزهروية العمومية

من المهم ملاحظة كثرة الاصابات بهذه الامراض فى الموصل والعمارة وكربلاء وقلتها في الالوية المجاورة لها اعني اربيل والكوت والديوانية .

الزهري

عدد هذه الاصابات بارز في الموصل والعمارة وكربلاء والدليم

السيلان

يكثر في الموصل والبصرة وكربلاء

الامراض الزهروية الاخري

تكثر في العمارة وكربلاء

التدرن الرئوى

يحدث هذا المرض بصورة خارقة العادة في كربلاء ويليها بغداد بنسبة ربع ماهو عليه في كربلاء اما المحلات الاخرى فعدد الاصابات فيها اقل من معدل الاصابات للقطر كله . وعدد هذه الاصابات قليل جدا في الموصل وكذلك في الوية الكوت والدليم .

سلاق الاسنان P

ان هذا المرض منتشر في كركوك والديوانية وبين مستخدمي السكة الحديدية .

الليشمانيا الجلدية

تكثر بصورة بارزة بين مستخدمي السكة الحديدية في السليمانية وقدرها في بغداد والبصرة والموصل يكاد يكون متساويا . ولكنها نادرة في الوية اربيل والدليم والكوت

والمنتفك وهذا مايفتح لنا باب الامل باكتشاف الحشرات الحقيقية التي تسببها والتي يظن الان انها ساندفلاى «Sand Fly»

البلهارزيا

ان اكثر الاصابات بالبلهارزيا تحدث في اقاليم الفرات الجنوبية كالديوانية والمنتفق والبصرة غير ان هذا المرض منتشر ايضا في اربيل بصورة شديدة .

يتوقف انتشار هذا المرض على وجود حلزونات الماء العذب التي تكون بمثابة وسيط (الشيستوزوما هيماتوبيوم) وكذلك على وجود المزروعات التي تحتاج الى الماء الغزير .

قسم الدكتور سندرسن في احدى الصحف الحديثة انتشار هذا المرض في العراق الى ثلاثة مناطق وهي اولا منطقة الحدود التركية الفارسية وهذه لم يقع فيها اية اصابة كانت والثانية منطقة اربيل وكركوك والشرقاط وهيت وشهربان وبعقوبة ونسبة الاصابات فيها ٦—١٠ بالمائة . والمنطقة الثالثة من سامرا الى البصرة ومعدل اصاباتها ٨ - ٣٢ بالمائة وتقسم المنطقة الاخيرة الى ثلاثة اقسام .

(ا) الدجلة (من سامرا الى العمارة) ونسبة الاصابات فيها ٩— ٢٦ بالمائة .

(ب) منطقة الفرات (من الرمادي الى الناصرية) الاصابات فيها ٢ــ ٤٣ بالمائة .

(ج) منطقة شط العرب (من القورنة الى البصرة) الاصابات فيها ٦ــ ٤٨ بالمائة .

وبما ان هذه الارقام استحصلت من اعداد قليلة من المرضى المراجعين فلا يمكن اتخاذها الا كدليل للاصابات الحقيقية .

وفحص الدكتور رمزي عام ١٩٢٢ في الناصرية بول ١٣٥ مريضا فوجد ٧٤ بالمائة منهم مصابين بالبلهارزيا وفحص كذلك بول جميع المرضى الداخلين الذين بلغ عددهم ٦٦٧ ووجد ١٦ بالمائة منهم مصابين .

وكتب الدكتور هول (الذي كان سابقا في خدمة الصحة العامة العراقية من سنة ١٩١٩ الى ١٩٠٢) في احدى اعداد جورنال ار . اي . ام . سي . ما يأتي :

ان وطأة البلهارزيا في المنطقة القروية في لواء الديوانية شديدة جدا ولا مبالغة ان قلنا ان ٨٠ بالمائة من سكانها مصابون بهذا الداء .

وقال انه فحص في مدينة البصرة عامي ١٩٢٢ـ١٩٢٠ (٧١١) تلميذا ووجد ٤٧ بالمائة منهم مصابين وكانت اكثر الاصابات بين التلاميذ المسلمين ثم المسيحيين ثم اليهود .

ووجد بين المسجونين ٣٣ بالمائة مصابين .

وذكر انه عام ١٩٢٠ وجد بين ٤٩٥ جنديا بريطانيا من حامية الكوفة ١١١ مصابا بهذا الداء .

الانكيلوستوميازس

لم يلاحظ وجود هذا الداء الا في بغداد والبصرة والديوانية والحلة . ويبان من الاحصائيات ان هذا المرض قد ازداد في بغداد من (١٩ عام ١٩٢٣ الى ٢٤ عام ١٩٢٤ الى ٩٢ عام ١٩٢٥) . ولكني اعتبر ان هذه الارقام لا تدل حقيقة على زيادة في الاصابات بل على زيادة معرفة امكان وجود المرض . فلم يشخص في البصرة خلال ٣ سنوات سوى ٦ اصابات وفي الديوانية

١١ اصابةٍ خلال هذه المدة (١٠ منها خلال سنتي ١٩٢٣ و١٩٢٤) وفي الحلة ٤ اصابات خلال سنة ١٩٢٥ ·

وجاء في مقال كتبه الدكتور صندرسن في احدى الصحف الحديثة عما اختبره بنفسه عن هذا المرض خلال السنوات الماضية ما يأتي : —

وجد في مستشفى الحلة عام ٢٠ — ١٩١٩ بين ٥٢٠ انموذج من الغائط اجري فحصها ٧٨ انموذج حاوية بويضات الانكيلوستومبازس وهذا يعادل ١٥ بالمائة · و ٤٦٣ انموذجا من هذه اخذت من اشخاص يسكنون خارج البلدة وكانت عدد النتائج الايجابية بينهم ٧ — ١٥ بالمائة والباقي اى ٥٧ انموذجا اخذت من اشخاص يسكنون داخل البلدة وكان عدد النتائج الايجابية بينهم ٧ — ٧ بالمائة ·

ووجد عام ١٩٢١ في المستشفى العام الجديد في بغداد بين ٣٦٥ انموذج من الغائط ٣٥ يحتوي عَلَى بويضات الانكيلوستوميازس اي ٦ — ٩ بالمائةِ منها ووجد عام ١٩٢٢ في المستشفى العام الجديد ايضا بين ٤٠٠ انموذج من غائط الذكور ٥ — ٧ بالمائة حاوية هذه البويضات ويبان من الاحصائيات ان هذا المرض ليس منتشرا في شمال بغداد ولكنه يزداد كلما نزلنا الى الجنوب ويبلغ حده الاقصى عند الفرات نحو الديوانية والبصرة ويعتقد الطبيب المذكور ان الاصابات في منطقة الفرات السفلى قد تبلغ ٦٠ بالمائة · وذكر ايضا ان عشرين الى ثلاثين بالمائة من الاشخاص الذين فيهم بويضات الانكيلوستوميازس فيهم بويضات الشيستوميازس ايضا وقد بوشر منذ ١٩٢٦ بفحص المرضى الداخلين في المستشفى الملكي في بغداد بصورة منتظمة بواسطة طريقة كلايتن لين (Clayton -Lane ceutrifugal Floatatien) لاكتشاف بويضات الانكيلوستومبازس فيهم وربما اخبرنا الدكتور دنلوب مدير المستشفى المذكور شيئا عن ذلك · وقد بلغني ان ٣٠ الى ٤٠ بالمائة من جميع المرضى الداخلين وجدت فيهم هذه الديدان وان عددها في المصابين بالامراض الداخلية ١٠ بالمائة اكثر من المصابين بالامراض الجراحية ·

وهذا يدل على ان الانكيلوستومبازس هي المسببة مباشرة او بالواسطة لعشرة بالمائة على الاقل من الاصابات بالامراض الداخلية التي تدخل في المستشفى الملكي في بغداد، ويهمنا ملاحظة الالوية التي ترد منها تلك الاصابات وعدد الاصابات الواردة منها اما باقي الامراض المذكورة في هذا الجدول فهي منسقة بموجب الجهازات · ويهمنا ان نلاحظ عند النظر في الامراض التناسلية البولية ان الاصابات في المنتفق موطن البلهارزيا اكثر مما هي في غيره من الالوية وربما كان ذلك ناجما عن الاختلاطات العديدة التي تسببها البلهارزيا ··

الجدول الثالث

قسمت الارقام في هذا الجدول الى ثلاثة مناطق : منطقة العراق الشمالية والمنطقة الوسطى والمنطقة السفلى وقد يكون هذا التقسيم من الاهمية بمكان لان هذه المناطق تختلف في موقعها وطقسها الامر الذي يؤثر على حدوث المرض فيها ونلاحظ من هذا الجدول :—

ان شمال العراق تكثر فيه اصابات الملاريا والزحار والاسهال وسائر الامراض الزهروية ولاسيما الزهري

وكذلك سلاق الاسنان وامراض الجهاز الغذائي بينما في اواسط العراق تكثر امراض العيون والتدرن الرئوي والليشمانيا الجلدية وفي جنوب العراق تكثر اصابات الملاريا والامراض الزهروية والبلهارزيا والامراض التناسلية البولية

الجدول الرابع

يبحث هذا الجدول في الامراض التي يجب الاخبار عنها في الالوية المختلفة وفيه عدد الاصابات الحقيقية التي حدثت خلال الثلاث سنوات التي مضت · ان الجدري هو من الامراض الاهلية الاكثر انتشارا ولكن عدد هذه الاصابات في الموصل والدليم والحلة قليل جدا ويظهر ان الطاعون منحصر في بغداد والبصرة اما الاصابات التي وجدت في المحلات الاخرى فقد حدثت بنتيجة التماس بهذه المراكز اثناء تفشي المرض فيها ·

والحميات التيفوئيدية كثيرة في بغداد بالنسبة الى غيرها من البلدان وقليلة جدا في البصرة · اما اصابات الجذام التي اخبر بوجودها في لواء بغداد فاكثرها بين الايرانيين والاكراد ولا يمكن اعتبارها كاصابات محلية وجدير بنا ان نلاحظ انه لم يحدث اية اصابة كانت من هذا النوع في الموصل وكذلك حوادث التيفوس في بغداد فاغلبها وارد من ايران ويهمنا ايضا ملاحظة عدد الاصابات بالحمى القرمزية في لواء ديالى ·

يوجد مركز لهذا المرض في خانقين حيث يحدث بضع اصابات كل سنة

الجدولان الخامس والسادس

يبحثان فقط في عدد المرضى الداخلين في مستشفيات الالوية المختلفة · وقد سبق جمع هذه الارقام مع ارقام المرضى الخارجيين عند احضار الجدولين الاول والثاني غير انه يجدر بنا الان ان نقابل الامراض التى تقبل في مستشفيات الالوية والتي تمثل اهم الامراض التي يراجع اصحابها المستشفيات لاجل المعالجة فهي اذن بمثابة دليل لاهم الامراض الموجوده في تلك الالوية فنرى ان ١١ بالمائة من جميع سرر المستشفيات في القطر كله يشغلها المصابون بالملاريا و٢ـ٧ بالمائة منها بامراض الجهاز الغذائي و٥ـ٦ بالمائة بالامراض الزهروية و٢—٦ بالمائة بامراض العيون و٤٦—٥ بالامراض التناسلية البولية و ٥٩ — ٤ بالمائة بامراض الجهاز التنفسي و٤ —٤ بالمائة بالامراض السارية

وجدير بنا ان نلاحظ عدد اصابات البلهارزيا واصابات الجهاز التناسلي البولي في مستشفى المنتفك

اؤمل انه سيتسنى لنا في المستقبل ان نقدم بضبط ليس فقط عدد الاصابات بالامراض المنتشرة في هذا القطر بنسبة سكانه بل جداول للمقابلة بين عدد الوفيات والامراض التى تحدث فيه مع التي تحدث في الاقطار المجاورة له والبعيدة عنه ايضا وبذلك نؤمل الحصول عَلَى المعلومات التى تساعدنا في ادارة اعمال الصحة العامةِ في العراق·

الانكيلوستوميازيس

الدكتور هاشم الوتري

تعريفه

هو مرض يتصف بفقر دموى شديد وانحطاط في القوة وهزال وضعف قلبي عدو الطبقة العاملة وخاصة

الفلاحين يجعل المصاب به شاحب اللون خائر القوي لا يستطيع رفع المسحاة والعمل بها ولا يلذ له طعام ولا شراب فيقعد عن العمل ويصبح عالة عَلَى المجتمع ٠ ينبعث المرض عن دوده صغيرة تدعى (الانكيلوستوما الاثني عشرية) تسكن الامعاء الدقيقة وترسل سمومها الي الدم فتتلف عناصره الحية ٠

تاريخه

اول من عرف هذه الدودة دوبيني (Dubini) في عام ١٨٣٨ ولكنه لم يعلم تأثيرها في البدن وقد ذكر بلهارز (Bilharz) وكريزينكر (Griesinger) ان لهذه الدودة يداً في توليد الفقر الدموي الذي يكثر وجوده في القطر المصري ولم تتجه انظار الباحثين الاوربيين الي هذا الطفيلي الا بعد ان تفشى بين عمال نفق (سانت غوتار) فقر دموي انتهى بهلاك فئة كبيرة منهم في عام ١٨٨٥ وقد تحقق ان الباعث لذلك الفقر الدموي هو الانكيلوستوما ٠

مواطن المرض

لهذا المرض انتشار واسع النطاق في الاقطار الاستوائية او القريبة منها وقد عثر عليه في البلجيك وهولاندا ومع ذلك فان وجوده في الممالك الشمالية يعد من النوادر بخلاف جنوب اوروبا والانحاء الاستوائية والقريبة منها في امريكا وآسيا حيث يوجد المرض بكثرة ومن اشهر مواطن المرض هي سيام والصين الجنوبية والمالايا وهو من اعظم الاسباب التي اوقفت دولاب الحركة الزراعية والتعدين في الهند وسيلان ويوجد هذا المرض في العراق بين الفلاحين ويكثر وجوده خاصة عَلَى ضفتي الفرات وفروعه ومع ذلك فلا تنجو منه الطبقة العاملة في اي بقعة من هذه البلاد وقد تأكد لنا بالاحصاء ان لا اقل من اربعين في المئة من الامراض التي تعطل العامل او الفلاح عن عمله هي من نوع الانكيلوستومياز لذلك يحق لنا ان نسمي هذا المرض بمرض الفلاحين ٠

الاسباب

سبب هذا المرض هي الدودة التي سبق ذكرها وتسكن هذه الدوده عادة الامعاء الدقيقة وخاصة الاثني عشري منها ويندر وجودها في الاقسام السفلى من القناة الهضمية ومن الشواذ وجودها في المعدة ٠ وتلتصق الدودة في غشاء الامعاء المخاطي بواسطة جهاز قوي موجود في فمها وتمتص غذاءها من الدم والمظنون انها تنفك عن موضع التصاقها في الامعاء بين آونة واخري فيحدث هناك نزيف دموي يمكث مدة قصيرة ويقال انها تمتص الدم بكثرة وتستهلك منه البلاسما فقط في حين ان كرياته الحمراء تمر من قناتها الهضمية بدون ان يطرأ عليها التغيير ٠

ولا فرق كثيرا بين انثي الانكيلوستوما وذكره من حيث الحجم اذ ان طول الذكر ١١ مليمترا وعرضه ٠،٤ — ٠،٥ مليمتر واما الانثي فطولها ١٠ — ١٣ وعرضها ٠،٦ مليمتر

النتاج وطريقة العدوى:

ان انثي الانكيلوستوما تنتج من البويضات تيارا هائلا لا نهاية له يخرج مع الغائط عَلَى الدوام ٠ ولا يتم نمو الرشيم من هذه البويضات حينما تكون في البدن الذي حلت ضيفا عليه ٠ وانما يتم ذلك بسرعة عندما تغادر البويضات البدن وتوجد في ظروف ملائمة لها فيتولد اذ ذاك في كل

بيضة رشيم في خلال يوم او يومين ويكون هذا الكائن الدقيق على جانب عظيم من النشاط ويفترس بنهم كلما يجد امامه من المواد العضوية وينمو سريعا في خلال اسبوع واحد ثم يبدل كساءه مرتين وبعد المرة الثانية يدخل في عالم السبات فينقطع عن الطعام والنمو وربما بقي على هذه الصورة اسابيع واشهرا يتحرك بهمة فائرة في المياه القذرة او الطين او الارض الرطبه ولكنه سريعا ما يموت في الجفاف ويقال انه يحتمي بكيس حينما يكون فوق الاعشاب وقد ذكر (كورت) وغيره ان السرفة تطرح كساءها طول مكثها في الارض وتبقيه عندما تكون غير محمية من الطواري٠ واذا ما وصلت السرفة الي مضيفها الاخير تخلع كساءها وتصبح في نهاية الاسبوع الخامس دودة كاملة قابلة للتناسل والسرفة تصل الى القناة المعوية عن طريق معين تسلكه بعد ان تخترق الجلد فتنفذ فيه فبعدما تجتاز الجلد وتبلغ الانسجة التي تحته تدخل في الاوعية الدموية والقنوات اللنفاوية ومنها تنتقل الي الرئة وهناك تغادر الاوعية الشعرية وتدخل في الحويصلات الهوائية ثم تتابع سيرها من هنا فتمر من الشعب والقصبة الهوائية وتجتاز البلعوم واخيرا تصل الى المعدة والمظنون ان السرفة في اثناء سيرها هذا تكتسب قوة المقاومة ضد فعل العصارة المعدوية ٠

ولم يحدد الزمن الذي يبقى فيه الانكيلوستوما حيا في الامعاء فقد يعيش فيها في بعض الاحوال اشهرا وفي اخري سنين ٠

الاوصاف المرضية :

لا يذوب شحم البدن الذي يكون فريسة للانكيلوستوما لان هذه الدودة لا تتغذى بالشحم كما ذكرنا آنفا بل بالعكس اننا نرى في البدن كمية وافرة من الشحوم التي تكون صالحة للاستخدام في مصالح البدن ٠ وينضم الى ذلك شيء قليل او كثير من الاوزيما فيصبح البدن في هذه الحالة سمين في الظاهر ٠ وقد تنسكب سوائل في احد التجاويف المصلية او اكثر ولكن جميع الاعضاء تكون فقيرة الدم ٠ ويكون القلب متمددا ورخواً ويكون نسيجه العضلي في حالة استحالة شحمية بليغة ٠ وهذه الاستحالة تشمل ايضا الكبد والكلي ٠

وعندما تفتح جثة المائت بهذا المرض عقب الموت بساعة او ساعتين يوجد في امعائه من دودة الانكيلوستوما عدد يتراوح بين العشرات والمآت قابض عَلَى سطح الغشاء المخاطي بفمه في الاقسام السفلى من الاثني عشري والصائم واما اذا اجريت الصفة التشريحية عَلَى الجثة بعد الموت ببضع ساعات فان الدود ينفك عن موضع التصاقه ويوجد ممتدا في الغشاء المخاطي مكونا طبقة تستر سطح الامعاء الداخلي ويشاهد في الغشاء المخاطي عدة بقع دموية صغيرة ناشئة عن خروج الدم من الاوعية ويوجد في وسط كل بقعة من هذه جرح صغير يشير الى نقطة التصاق الدودة

وقد توجد احيانا في الغشاء المخاطي اجواف دموية بحجم البندقة يحتوي كل منها عَلَى دودة او دودتين وربما اتصل كل جوف بالامعاء بواسطة خرق صغير ٠ والنزيف القديم يبقى في الغشاء المخاطي صباغات حبيبية تدل عليه ويتضح هناك وجود التهاب مخاطي يدل عليه شكل الاوعية وثخن الغشاء المخاطي وقد توجد في جوف الامعاء صدفة جلطة دموية كبيرة او صغيرة ٠

واذا بحث الكبد والكلي بحثا مجهريا وجد في خلاياهما الجوهرية حبيبات صفراء اللون لها تفاعل الهيماتوئيدين تدل عَلَى خراب الدم في داخل الاوعية نظير مايحدث في الفقر الدموى او الامراض التي تؤول اليه . وقدوجد (دانيل) في خلايا الكبد حبيبات حديدية الطبيعة فحكم بالنظر الى هذه المشاهدة وتلك الاعتبارات ان الفقر الدموي في مرض الانكيلوستوما هو نوع ما نتيجة لخراب الدم في داخل الاوعية بسبب بعض المواد السمية التى تتولد من الدودة في الامعاء ويمتصها الدم . ولكن هذا الحكم لم يصدق من قبل جمهور الباحثين

الاعراض :

لاتكون النتائج وخيمة في جميع الحالات التي يكون فيها الانكيلوستوما موجودا وقد يوجد في الامعاء عشرات من الانكيلوستوما بدون ان يكون فقر دموي واضح او اي عرض مهما كان نوعه . وتكون الاعراض الوخيمة من قبيل الشواذ لذلك يجب التحفظ من الحكم بان الانكيلوستوما هو سبب كل حالة مرضية يمكن العثور عليها .

ومن جهة اخرى اننا نرى ان كثيرا من سكان المناطق الاستوائية وما يليها قد قضت عليهم الظروف بان يكونوا في حالة مخمصة دائمة . فهم في شظف من العيش يقتاتون بطعام خشن عديم التغذية وهذا مايجعلهم فى استعداد دائم لتوسع المعدة وعسر الهضم . فاقل سبب اضافى يطرأ عَلَى امثال هؤلاء كوجود الانكيلوستوما اوحدوث نزيف دموى مهما كان قليلا فانه يكفي لجلب الوبال عليهم واسقاطهم فى هاوية المرض . في هذه المناطق يوجد كثير ممن يعيشون في حد فاصل بين الصحة والمرض فالانكيلوستوما تفعل في هؤلاء مالم تستطع فعله في الاصحاء .

قد يتكون من سموم الدودة نوع خاص من الفقر الدموي في الاشخاص الذين لهم استعداد مخصوص وذلك الفقر الدموي يشابه الذي يتكون في بعض حالات من عدوى (الديبوتريوسفالوس لاتوس)

ومن الواضح ان لهذه الدودة اهمية عظمى عندما تنضم الى حالة مرضية اخرى كالحمى التيفوئيدية او امراض الكلي او الديسانتري او الملاريا او اي مرض مزمن اومدنف .

ولذلك ينبغي ان تتجه انظار الطبيب في البلاد الحارة دائما الي الانكيلوستوما في جميع حالات الفقر الدموي وعسر الهضم والحالات التى تجاب الهزال عموما . ويجب عليه ان يحسب حساب هذه الدودة ولا ينسي انه اذا لم يوجدها وتساهل في ابقاءها فى الامعاء مدة طويلة فانها لا تكون سببا للفقر الدموى القابل للشفاء فحسب بل انها تفضي الى استحالة اعضاء شتي يتولد بسببها فقر دموي متعذر الشفاء ولهذا فان من اهم واجبات الطبيب اكتشاف هذه الدودة باكرا لئلا يتسنى لها قطع شوط بعيد في سبيل اعمالها المضرة .

ومرض الانكيلوستوما من اهم الامراض التي تفني الطبقة العاملة فهو يقتل نشاط الفلاح وكفاءته للعمل وهذا مايسبب ضياعا عظيما في اقتصاديات البلاد .

واعراض هذا المرض الاساسية هى اعراض الفقر الدموي الذي يكون في حالة التقدم والذي يكون مصحوبا بفساد الهضم . واذا لم يكن هناك مانع يحول دون تقدم

المرض فان الحالة تنتهي بانسكاب سائل مصلي في الاعضاء المختلفة واستحالة شحمية في القلب ويقع الموت بسبب الغشى او بعارض اضافي يطرأ عَلَى البدن .

واول عرض يشعر به المريض عندما تنتابه اصابة شديدة بهذا المرض هو انزعاج فوق المعدة ويشتد شعور المريض هذا بالضغط على تلك الناحية ويزول الى زمن ما عند امتلاء المعدة بالطعام وآخر حيلة يلجأ اليها الفلاح للتخلص من هذا الاضطراب المزعج هو الكى لذلك فاننا نرى في اغلب الفلاحين المصابين بهذا الداء اثرا للكى في اعلى البطن وهذا ماحدا بالدكتور دنلوب الى اتخاذ آثار الكى فوق المعدة كعلامة للاصابة بداء الانكيلوستوما في العراق ويكون المريض احيانا فاقد الشهية للطعام ولكنه كثيرا مايكون نهما شرها وهذا مايفضي الى حدوث انواع مختلفة من اضطرابات الهضم كالمغص في البطن والقراقر فيها ومن المحتمل ان ينجم عن ذلك اسهال مكون من طعام غير تام الهضم . وقد يكون الغائط محتبسا او يكون خروجه عَلَى غير انتظام وقد تختل الذائقة فتتوق نفس المريض الى اشياء غريبة كالتراب والطين والاحجار وهذا مايعبر عنه بكلمة « Geophagy » او « Pica » ويكون الغائط بنيا ضاربا الى الحمرة وينشأ لونه هذا عن امتزاجه بدم لم يتم هضمه ويحتوي احيانا على شذرات من الغشاء المخاطي ملونة بالدم ومن النادر ان يكون الخروج دما صرفا ويندر كذلك وجود نزيف دموي معوي واسع مالم يكن هناك التهاب معوى مصاحبا للمرض وقد يوجد في الامعاء الدقيقة بعد الموت مقدار عظيم من الدم . وتوجد عادة الحمى وهي غير منتظمة ومتقطعة اوتكاد تكون مستمرة

وقد تكون حرارة البدن دائما فوق حدها المعتاد وبعد زمن طويل او قصير تنكشف في المصاب اعراض الفقر الدموى الشديد فتصبح الاغشية المخاطية والجلد باهتة اللون ويكون الوجه والقدم منتفخين وتنكشف رويدا رويدا الاعراض التى يشعر بها عادة المصاب بالفقر الدموى . فيشعر المصاب بتعب وضيق نفس وخفوق ودوار وظلام في البصر وهبوط في القوي وميل للاغماء وفضلا عن ذلك يوجد في القلب نفخ غير عضوي يدركه الباحث بالتسمع في ناحية القلب او الاوعية الكبيرة واذا بحثت العين بالمنظار يشاهد في طبقتها الشبكية نزيف دموي .

ومما يستلفت النظر في الفقر الدموي الناشئ عن هذا المرض هو ان البدن لايفقد من وزنه بخلاف مايحدث في التدرن والسرطان او امراض الكلي ويكون المريض بدينا .

ويختلف سير المرض بحسب الحالات فيسير المرض احيانا سيرا حثيثا فيبلغ الفقر الدموي درجته القصوى عاجلا ويأتي الموت بعد الاصابة باسابيع او اشهر قليلة .

ولكن ذلك مما يندر وقوعه والمعتاد ان المرض يأخذ تدريجيا وبصورة بطيئة فيستمر سنوات عديدة وتتصف الحالات الحادة بكونها تنتهي باسهال غزير مصحوب بشذرات مخاطية ونزيف دموى حتي ان الباحث يخالها فى بادئ الامر نوعا من الديسانتري

واذا نال هذا المرض الشخص قبل ان يتم بلوغه فمن الممكن ان يبطئ نموه او يتوقف وقد ذكر (دارلينغ) ان ١٢ دودة من الانكيلوستوما في وسعها ان تفقد واحد في المئة من هيموجلوبين الدم .

ويكون هذا المرض مصحوبا باضطرابات غذائية لاشك انها تفضي الى انقاص القوة الدماغية في الاقوام التي يتفشى فيها المرض. وهذا مانكاد نراه دائما في معظم الفلاحين المصابين بمرض الانكيلوستوما في العراق اذ انهم عليلون بدنا وفكرا ولا يصلحون للقيام باي عمل كان من الاعمال التي يحتاجها العمران وهذا مما يجب ان يستوقف نظر الباحثين في مقدرة العراق للتقدم . لها بقية

اخطار المعالجة المصلية

فتح الله عقراوى
طالب طب في جامعة باريس

منذ اكتشاف بهرينج للمصل الدفتيري واكتشاف المصل الكزازي اخذت المعالجة المصلية تلعب دورا مهما في عالم الطب وانتشرت انتشارا هائلا حتى انه لم يبق مرض الا وصنع له مصل واخرها اتى الى الميدان في هذا الباب مصول عديدة ضد السرطان !

غير ان المعالجة المصلية كاغلب الامور الطبية المبنية على التجربة وصلت اوج علاها ثم لم تلبث ان هبطت الى الحضيض وقلت اهميتها بعد ان مرت سنون عديدة واختبرها الاطباء ودرسوا محاسنها وسيئاتها . وجب على الطب ان يبقى اكثر من ثلاثين سنة ليبرهن ان كثيرا من المصول الموجودة لاتأثير حقيقي لها وهي ان فعلت في بعض الاحيان فلوجود الالبومين الغريبة فيها (Albumines Hétérogénes) يشذ عن ذلك مصلان : الدفتيري والكزازي . وسبب ذلك واضح لان كلا المصلين موجهان ضد الافرازات السمية التي تفرزها عصيات الدفتيريا والكزاز لاضد المكروبات ذاتها كما هي الحالة في سائر المصول المستعملة اليوم .

لم تقف الشكايات على المعالجة المصلية عند هذا الحد بل تعدتها الى تبيان اخطارها فاختبار ثلاثين سنة برهن على ان لاستعمالها اخطارا وان كانت نادرة فهي تستحق الاهمية لانها عدا عن كونها قادرة على ايقاع الطبيب في حيرة تجاه المريض فهي تقدر ان تقضي على مريضه ببضع دقائق في نادر الاحيان . هذا مايسمى باللغة الافرنسية LesA ccidentsSériques وقد عبرت عن ذلك بـ « اخطار المعالجة المصلية » ويسميه البعض La Maladie Sériques اي المرض المصلي وهو موضوع البحث .

في سنة ١٩٠٢ اكتشف الاستاذ ريشه مبدأ جديدا سماه بالانافيلا كسيا Anaphylaxie (١) وهذا هو بالاختصارة لو حقنا تحت جلد الكلب كمية قتالة من بعض مواد كيماوية معلومة (وقد استعمل هو بوقته المادة المعروفة بـ Aactino.Congestive) نرى ان الكلب يتحملها من دون صعوبة ولكن لو عدنا وحقنا الكلب نفسه بعد خمسة عشر يوما كمية اصغر بكثير من الاولى من المادة ذاتها يطرأ عليه ثلاثة امور يعقبها الموت السريع : هبوط الضغط الدموي ، القيء وعسر التنفس وقد علل ريشة ذلك بقوله ان الحقنة الاولى اوجدت في جسم الكلب احساسا خصوصيا (Sensibilsation) تجاه المادة المذكورة مكن الحقنة الثانية ولو كانت كميتها عشرين مرة اقل من كميته الاولى من القضاء عليه بوقت قصير جدا ولكن ريشة بقوله هذا وجد السبب ولم يجد تعليله

(١) لقد اقترح اساتذة الكلية الدمشقية للتعبير عن الانافيلا كسيا بكلمة « ضد التحمل » فهي عدا عن كونها صعبة الاستعمال في كثير من الاحيان ارى انها لاتوافق المعنى المطلوب وربما كان من الاوفق استعمال الكلمة الاجنبية كما هي .

وهكذا بقي اكتشافه بين طيات الكتب والصحف الطبية حتى اتى فيدال في سنة ١٩١٤ باكتشافه المشهور عن اختلال المواد الشبه غذائية في الدم Colloïdoclasie وابان ان الانافيلا كسيا ليست الا مظهرا من مظاهر الحالة الباثولوجية المعروفة بالصدمة Choc وسببها اختلال في توازن المواد الدموية سماه Hémolasie)

لااقصد في هذا المقال خوض البحث في اكتشاف فيدال وتلاميذه وتأثيره على تعاليل المبادئ الباثولوجية والمعالجات الحديثة لاني ربما عدت الى ذلك في مقال آخر . انما احببت ان اذكر ماذكرته لكي نتمكن انا والقارئ المطلع على هذه الاكتشافات الحديثة العهد ان نتبع سوية تحليل البحث الذي نحن بصدده . فقد ثبت لدى الجميع ان الوقائع التي تطرأ احيانا على اثر المعالجة بالمصول ليست الا مظهرا من مظاهر الانافيلا كسيا بعللها مبدأ فيدال المعروف بالصدمة الدموية .

والان لندخل قلب الموضوع وبعد ان نبحث في الوصف السريري لوقائع المعالجة المصلية نأتي الى ذكر الوسائط التي تمكننا من تجنبها

الوقائع تقسم الى نوعين :

اولا : الوقائع الفورية : أن كانت نادرة الحدوث عند الحقنة الاولى فتحدث بنسبة اثنين في المئة عند الحقنة الثانية على شرط ان يمر بين الاولى والثانية مدة لاتقل عن الخمسة عشر يوما ويمكنها ان تقع بعد اشهر او سنين عديدة تمر على الحقنة الاولى . وهنا يجب ان يلاحظ القارئ ان كانت هذه الوقائع قليلة الحدوث ونادرة جدا في بلادنا بالنسبة الى البلاد الغربية فذلك يرجع الى ان استعمال المصول شائع في الغرب بعكس بلادنا عدا عن ان هذا الاستعمال الشائع ذاته ساعد على ايجاد ذلك الاحتساس الخصوصي الذى تكلمنا عنه اعلاه عند كثير من الناس الذين عولجوا بالمصول وخصوصا في ايام الحرب الكبرى .

اما مظاهرها السريرية فعلى نوعين :

اولها : الموت الفجائي : وهو نادر جدا لدرجة ان الاستاذ مارتان يذكر في احد آثاره حادثتين في المليون ! يشعر المريض دقيقة او دقيقتين بعد الحقنة بتنمل في رجليه ويديه يعقبه القيء والمغص في العضلات ونوع من التنفس الشخيري ثم يفارق الحياة في هذه الحالة بعد عشرة او عشرين دقيقة .

ثانيها الغشى (Collapsus) : وهذا اكثر حدوثا من الاول يستولي المريض بعد الحقنة نوع من القلق وضيق شديد وبعد ان يصفر وجهه ويشحب يزرق وجهه ثم رجلاه وايديه يعقب ذلك عسر شديد في التنفس يصل الى حد الاختناق ولكنه لا يلبث ان يرجع الى حالته الطبيعية بعد ستة او ثماني ساعات .

ثانيا : الوقائع المتأخرة : وهي اكثر حدوثا من الوقائع الفورية بنسبة خمسة عشر بالمئة واكثر لو عددنا الحوادث الخفيفة التى لا يشعر المريض والطبيب بوجودها . اما تاريخ حدوثها فثمانية او عشرة ايام بعد اجراء الحقنة الثانية علائمها متعددة ولكن هنالك اربعة مهمة بكثرة وقوعها «١»

(١ ارتفاع الحرارة الداخلية فجأة الى ٤٠ او ٤١ درجة سنتغراد .

(١) هذا عدا عن الوقائع المسماة بالانافيلاكسيا الوضعية Anaphylaxie Locale Ou Phénoméne Arthns

(٢) ظهور الشراء Urticaire ويصحبه حك شديد في الوجه اولا ثم في سائر اطراف الجسم .

(٣) ظهور الانتفاخ على الجفون والارجل .

(٤) وجع شديد في المفاصل .

هذه علاماتها الكبري ولكن هنالك علائم اخرى ثانوية باهميتها وبكثرة حدوثها واهمها :

(١) ظهور الالبومين في البول .

(٢) فلج في بعض العضلات غير ان هذا الفلج نادر جدا وسريع الشفاء .

(٣) التهاب الغدد الليمفاوية وازدياد حجمها والتهاب الخصيتين عند الرجل .

اما انذار هذه الوقائع المتأخرة فهو بعكس الوقائع الفورية حسن في سائر الحوادث اذ لا تلبث العلائم المذكورة ان تغيب في ظرف ثلاثة او ثمانية ايام .

هذا وصف مختصر جدا للمرض السريري وقد اهملت تعمدا ذكر الانواع السريرية لانها كثيرة ومتنوعة وقد تحيد بي عن الخطة التي رسمتها لي في كتابة هذا المقال

ونبحث الان في امر يهم الطبيب اكثر من غيره اى الوسائط التي بها يقدران يتجنب حدوث الوقائع المذكورة وهي عمدة البحث :

(١) تجنب حقن المصول رأسا في الدم على قدر الامكان واستعمال الطرق الاخرى لادخاله في الجسم (الحقن تحت الجلد وداخل العضلات) اذ قد لوحظ ان اغلب الحوادث تظهر بعد ادخال المصول في المجاري الدموية رأسا

(٢) في اثناء معالجة مريض بمصل ما يجب ان لا يترك المريض مدة تزيد على الخمسة عشر يوما من دون حقنة وذلك لتجنب تأثير الانافيلاكسيا .

(٣) يجب التحذر الشديد او الامتناع اذا كان ذلك ممكنا من استعمال المعالجة المصلية عند اشخاص مصابين ببعض امراض لوحظ ان اصحابها اكثر عرضة من غيرهم لوقائع المرض المصلي واهمها : الاسما والاكزيما والشراء .

(٤) اجراء الحقن المصلية بكل بطئ وتأن والوقوف عن اجرائها حالما يشعر المريض بتوعك ما لان هنالك بعضا من الوقائع الفورية التي تحدث اثناء اجراء الحقنة وهي اشد خطورة من غيرها .

هذه اربع وصايا عمومية يقدر ان يتجنب الطبيب اذا اتبعها كثيرا من الحوادث ولكن هنالك وسائط للوقاية اكثرها حديثة العهد وهي اكثر فعلا وتأثيرا من التى ذكرتها حتى الان :

(٥) ان يأخذ المريض بطريق الفم يوما قبل اجراء الحقنة غرامين من كلورور الكلس وغرامين اخرين في اليوم الذي تجري فيه الحقنة .

(٦) تمديد المصل قبل حقنه بخمسة او عشر مرات من كميته الاولى بالماء المالح الفسيولوجي Eau Saleé physiologique à 9 o/oo.

غير ان الواسطة وان كانت فعالة فهي صعبة التطبيق لان الكمية التي يجب حقنها بعد التمديد تصبح كبيرة جدا .

(٧) طريقة بسردكا Methode De Besredka ومعروفة بالافرنسية تحت اسم : Sekptaphylaxie اي حقن صغيرة يتبعها حقن الكمية المطلوبة مثال على ذلك امامنا حادثة دفتيريا ونريد حقن المريض عشرين سنتمترا مكعبا من المصل الدفتيري تحت الجلد . نشرع اولا بادخال ربع سنتمتر مكعب تحت الجلد ، ثم نصف سنتمتر بعد

نصف ساعة ، ثم سنتمتر مكعب بعد نصف ساعة اخرى وحينئذ نقدر ان نجرى الحقنة المطلوبة اي عشرين سنتمترا مكعبا تحت الجلد . اما نتائج هذه الطريقة فحسنة جدا وهي شائعة الاستعمال في مستشفيات باريس .

(٨) وهنا آتي على ذكر طرائق جديدة فعالة كما يظهر من التجارب الاولى التى اجريت حتى الان اذكر منها ثلاثة :

اولها : حمي المصول الى درجة معلومة : ان حمي المصل على هذا الشكل يقلل من قوته التسممية من دون ان يكون له ادنى تأثير على خواصه العلاجية .

ثانيها : المصول المطهرة Sérums Purifiès وهي عبارة عن مصل الالبومين الموجودة في المصل — وهي السبب الاكبر في احداث الوقائع التى ذكرناها اعلاه — بوسائط كيماوية وطبيعية لا مجال لذكرها هنا وخصوصا انها تخص رجال المختبر اكثر مما تخص الطبيب : وقد كتب الاستاذ رامون عنها في احد اعداد البريس ميديكال الباريسية مقالا يحض فيه الاطباء على استعمالها لانها اتت بنتائج حسنة حسبما تدل الاحصاآت . وقد اخذت مختبرات معهد باستور في باريس بصنعها وبيعها على الاطباء وعلى الاخص اثنين منها : المصل الدفتيرى والمصل الكزازي .

ثالثها : وهي اكتشاف الاستاذ رامون ايضا واخر ما جاء من الاكتشافات في هذا الباب . يعلم القراء ان الاطباء بعد اكتشاف شيك طريقة في تشخيص الدفتيريا المعروفة بـ ReactionDe Schick جربوا ان يوجدوا طريقة لتطعيم الاولاد الصغار ضد الديفتريا فلم يفلحو حتى جاء الاستاذ رامون المذكور باكتشاف الاناتوكسين Anatoxine في سنة ١٩٢٣ وهو عبارة عن معالجة توكسين الدفتيري بمحلول من الفورمول فان اضافة الفورمول الى التوكسين تخفف من قوته وهكذا يسهل تطعيم الاولاد بواسطته . هذه طريقة معروفة ومستعملة في كثير من بلاد الغرب حيث توجد الدفتريا . وقد رأي الاستاذ ان يطبق الطريقة ذاتها على المصول والظاهر من احصاآته الاولى انهـا تفوق ايا كان من الطرق المجربة حتى الان ولكن ؟؟ المستقبل ادرى بذلك !

تلك طريقة جديدة لم يمر على اكتشافها اكثر من شهر ولم تنشر بعد في الصحف الطبية نقلها الى القراء عن لسان الاستاذ سيكارد في احدى محاضراته الاخيرة في الامراض الداخلية .

فان صح فأل الاستاذ رامون بذلك عد له الطب مأثرتين جميلتين : الاناتوكسين ومأثرته الجديدة في معالجة المصول بالفورمول .

هذا ما اردت ان اقوله بهذا الشأن ولكن قبل ان اختم مقالي هذا لابد لي من ذكر امرين مهمين :

(١) ان الوقائع الفورية هي اخطر ما نقدر ان نسببه المعالجة المصلية ولها معالجة تنجح في بعض الاحيان وهي عبارة عن استعمال محلول كلوريدرات الادرينالين المتعارف بالحقن داخل العضلات او رأسا في الدم حسب اهمية العلائم وخطورة الموقف .

(٢) ان لا يمتنع الطبيب عن معالجة مرضاه بالمصول عنـد الحاجة بحجة التخوف من اخطار المعالجة المصلية

وان لا يحرم مرضاه من حسنات المصول خصوصا وان سيئاتها لا تذكر بجانب حسناتها وان اخطارها الحقيقية نادرة كما بينا اعلاه .

باريس في ١٢ ايار سنة ٩٢٦

المصادر

(١) G. Ramon: "Les Sérums Purifiés" Presse médeiale 19 mars 1926

(٢) Rathery: "Les Accidents sériques" Baillère 1925

(٣) G. Ramon: Annales de l'institut Pasteur, Jauvier 1926

(٤) Langeron: "les phénoménes de choc" Gazette des Hopitaux 1926

(٥) L. Ranond: "Les accidents sériques" Clinique Médicale, 3eme Serie, Vigot 1924.

الشؤون

جلسة الجمعية الطبية البغدادية

لشهر مايس سنة ١٩٢٦

عقدت الجمعية الطبية البغدادية اجتماعها لشهر مايس سنة ٩٢٦ فتولى رآسة الجلسة رئيس الجمعية الدكتور دنلوب فحضر الاجتماع معظم الاعضاء المقيمين في العاصمة فدارت المناقشات حول المواضيع الآتية :

(١) الفلج العمومي المترقي ووقعة منه في العراق شاهدها الدكتور هاشم الوتري في قسم الامراض الباطنية في المستشفى الملكى وعرضها على الجمعية مع بيان تاريخ المرض وكيفية حدوثه واسبابه واشهر الاعراض المشخصة للمرض .

(٢) عرض الطبيب المذكور ايضا نموذجين من دود الامعاء متشابهين شكلا وهما الانكيلوستوما والاكسيور وكانا قد جمعا فى مختبر السريريات الذي انشيء في اول هذا العام وقد تولى الدكتور صائب شوكت بيان المميزات المادية التى يمكن بها تفريق الدودتين بالنظر العادي . وابرزت حالتان من حالات الفقر الدموي الناشيء عن الاصابة بدود الانكيلوستوما وكانتا نموذجين واضحين لهذا النوع من الفقر لدموي .

(٣) عرض الدكتور دانلوب مريضة مصابة (بالبوربورا هيموراجيكا) قد عثر عليها اخيرا في المستشفى الملكى وجرت المناقشة حولها .

(٤) ثم نهض الدكتور صائب شوكت ونقل حادثة جديدة كانت موضع اعجاب الحاضرين وهى : ان رجلا قرويا سقط ذات يوم فتشبث في عجزه شوكة عَلَى ما يزعم ثم مرت الايام وهو لا يشعر بشيء يزعج راحته وبعد ان مرت على الحادثة خمسة شهر ساقته الصدف الى المستشفى فاراد ان يريح باله من امر الشوكة فعرض نفسه على قسم الامراض الجراحية فارسل الى معهد الاشعة لاكتشاف ما قد يمكن وجوده هناك فلم يتيسر للمعهد اكتشاف شيء ما عدا ظل طفيف لا يدل عَلَى امر ذي بال وعندئذ

اجريت له العملية الجراحية فما كان اشد الاستغراب حين وجدت في لحمه خشبة يبلغ طولها ٢٥ سنتيمترا وقطرها ما يقارب السنتيمترين . وقد عرض الدكتور صائب شوكت هذه الخشبة عَلَى انظار الاعضاء فظهرت فيهم حركة استغراب اوجبت الضحك والمريض قد تماثل وخرج من المستشفى .

(٥) عرض الدكتور ابراهيم الآلوسي مريضا كان يشكو من خراج تحت الابط وقد راجعه في المستشفى الملكى لمعالجة ذلك الخراج وبعد المعاينة عزم على بضعه ولما فعل ذلك فوجيء بنزيف دموي غزير لم يكن في الحسبان وهذا النزيف كاد ان يودي بحياه المريض لو لم يسرع بايقافه بالعمليه وقد ظهر ان الخراج المزعوم انما كان (انوريزما) قد تكون في جدار الشريان عَلَى اثر جرح ناله قديما . وهذه الحادثة الغريبة في بابها تفرض عَلَى الطبيب الحارس ان يتحاشي عن المداخلة الجراحية في معالجة الخراج لاسيما اذا كان في محل تكثر فيه الاوعيه الدموية ويذكره ان الخراج مهما ظهر له ببساطته في بعض الاحيان يلقيه في مأزق حرج اذا لم يكن من ارباب الاختصاص ملما بفروع الجراحة .

٦ . ثم عرض على اعضاء الجمعية كتاب يبحث عن تشريح الفتق المغبني وكان يحتوي على صور عديدة في غاية الاتقان وقد وضع هذا الكتاب في عام ١٨١٢ اي قبل مايذوف عَلَى العصر من قبل اسكاربا وقد ظهر هذا الكتاب قبل ان يظهر « باستور » مؤسس البكترىولوجيا و « ليستر » واضع اسس « الآسه بسي » والجراحة الحديثة . وهذا الكتاب يعد من الكتب التاريخة النادرة الوجود وهو محفوظ الان في مكتبة المستشفى

٧ القى الدكتور هيكس مقاله فى احصائيات الامراض في العراق وهو المقال الذي نشرناه في موضع آخر من المجلة . هذا ما تم فى هذه الجلسة وقد استغرقت ما يزيد عَلَى الساعتين

ملخص التقرير الشهرى لادارة صحة العاصمة

لشهر نيسان ١٩٢٦

الولادات والوفيات :

ولد في بغداد في شهر نيسان ٤٤٥ طفلا ٣٥٣ منهم في الرصافة و٩٢ في الكرخ وقد توفى في خلال الشهر المذكور ٣٦٣ شخصا ٢٦٢ في الرصافة و١٠١ في الكرخ فكان معدل الولادات ١٧،٩ بالالف سنويا ومعدل الوفيات ٢٥،٧ بالالف سنويا وقد بلغ مجموع وفيات الاطفال الذين بين السنة والخمس سنين ١٠٨ « وهو اكثر من ثلث جميع الوفيات»

الامراض السارية فى العاصمة:

الطاعون ٥٩ — السل ٢٢ — التهاب الكفة ١٠ — الجديري ٩ — التيفوئيد ٤ — الدوسنطاريا ٤ — الجدري ٤ — الخناق ٣ الحصبة ٢ — الجذام ٢ — التهاب السحايا ١

اشغال مستوصف الامراض الزهرية:

اجرى الكشف الطبي على ١٥٥ مومسة مع راقصة وكان عدد تطعيم السالفرمان ٩ وعدد حقن الزئبق ٣٠ حقنة . وارسل الي مستشفى الاعتزال ٥ مريضات للمعالجة هناك وارسل ٤٧ صفحة للسيلان الى المختبر التحليلي للفحص البكتريولوجي فوجد ٢٢ منها موجبة . وقد بلغ مجموع واردات المستوصف الزهري لشهر نيسان ١٩٢٦ (١٢٥٠) ربية .

اشغال الامومة ومداواة الاطفال:

ان عدد المرضى الذين عولجوا من قبل مرشدات الصحة كان كما يلي : الدهانة ٤٢٣١ . باب الشيخ ٢٣٠٨ صوب الكرخ ١٦٧٨ ، الحيدرخانة ١١٣٨ والمجموع ٩٣٥٥ الذي يقابل مجموع ٧٨٥٢ في الشهر المنصرم وقد ادين ٧٤٥ زيارة للاطفال في بيوتهم وكشفن على ٦٥ جثة من الاناث ودعين عند ولادتين صعبة وزرن مريضة واحدة في بيتها .

وقد ادت رئيسة القوابل ومعاونتها ١٠٩ زيارات للاطفال في بيوتهم ودعيتا عند ١٢ ولادة صعبة ونقلتا ١٣ مريضة الى المستشفى .

اعمال الصيادلة ومراكز الصحة :

١ . اشغال الكاورين ماشية بانتظام .

٢ . اجرى الكشف الطبي على ١٨٥ من ارباب الحرف والصنائع

٣ . واردات هؤلاء المستخدمين (٤٩٥) ربية

٤ . وقد بلغت درجة الحرارة خلال الشهر كما يلي :

درجة الحرارة العليا		٩٦،١ في ٢٢ منه
» »	الدنيا	٧١،٨ « ٨ منه
» »	الوسطى	٨١،٨
درجة البرودة العليا		٦٩،٩ في ٢٤ منه
» »	الدنيا	٤٤،٨ « ١٨ منه
» »	الوسطى	٥٦،٢
وكان معدل الرطوبة		٦٤

ومجموع الامطار ٠،٦٠ بالمائة

٥ . وقد صنعت خلال الشهر في (٢٧) صيدلية (١٤١٨٤) وصفة من قبل (٧٤) طبيبا وبلغت الواردات (٨٤٧٣) ربية فيكون معدل ثمن كل وصفة (١٠) آنات

٦ . ان سبب زيادة الاصابات بالطاعون بالنسبة الى الاشهر السابقة هو خروج الجرذان الى الطبقات العليا على اثر فيضان النهر وترشح المياه في الدور وقد طعم في خلال هذا الشهر ١٥٧٥٧ شخصا اما مجموع العام للمطعمين حتى آخر شهر نيسان فقد بلغ ٧٤٦٥٥ شخصا وبناء على كثرة الوقوعات في اواخر الشهر فقد شدد امر اجراء التطعيم الاجباري .

٧ . حدثت مستنقعات بروائح كريهة جدا في الباب الشرقي وباب المعظم على اثر الفيضان الاخير وقد اخرت اشغال الكنس بعد الظهر وسبق العمال لدفن هذه المستنقعات .

تجهيز المياه :

جهز لمدينة بغداد ٤٨ مليون غالون تقريبا من الماء اي ٦٣ غالونات لكل شخص يوميا و ١٩١،٢ غالونا لكل شخص شهريا .

وقد حلل ماء النهر الغير مطهر بالكلورين ووجد جسيمات عضوية في ١٠٠،٩ س م و ١٠٠٠،١ ومجموع الجسيمات التي عثر عليها كانت على وجه المعدل في واحد س م ٢٠٢٠٠٠ الذي يقابل ٢٢٥٤٠٠ في الشهر المنصرم .

وقد حلل ٢٨ انموذجا من ماء النهر المطهر بالكلورين في غضون الشهر وعثر على جسيمات عضوية في ١٠٠ س م في ١١ انموذجا ولم يعثر على اي جرثومة ماسوى ذلك بتاتا ومجموع الجسيمات التي وجدت في س م واحد زادت لحد ٤٣ وعدد الجسيمات على وجه المعدل في سنتمتر واحد مكعب كانت ٣٠،٨ التي تقابل ٢٩،٤ في الشهر المنصرم .

تقارير المستشفيات الخصوصية في العاصمة :

اسم المستشفى	المرضى الباقون في اول الشهر	الداخلون في غضون الشهر	المتوفون	الباقون في آخر يوم من الشهر
مستشفى مير الياس	٣٥	٢٧	١	٣٤
» ريمه خضورى	٠	١٢	٠	١٠

مستوصف الرسالة الافرنسية عولج في هذا المستشفى ١٤٦ مريضا مجانا و ٨٥ بالاجرة .

التقرير الشهري للواء بغداد :

	الولادات	الوفيات	التطعيم	الامراض
الكاظمية	٥٥	٣٤	٠	الحمى النفاسية ؛
الاعظمية	٢٦	٦	٨٤ ضد الجدري	
اليوسفية				البلهارزيا ١

الثونيه			السل ١
بلد	١١	٤	البلهارزيا ١٨
المحودية			الطاعون ١
الكرادة	٠	١١	السل ٤ ـ الثيفوس ١ ـ الانكيلوستومياز ١

غلط مطبعي

وقع غلط مطبعي في مقالة الدكتور جورج حبقاري التي نشرت في العدد التاسع من المجلة الطبية البغدادية حيث ذكرت في العامود الاول من الصحيفة ٣٨٨ كلمة (البنيوبه) بدلا من كلمه (تربويه) اي Terrain فنعتذر للقراء وخاصه للدكتور المحترم ·

الجدول الاول : مجموع عدد الاصابات الجديدة في جميع المؤسسات العراقية خلال السنوات التقويمية الثلاث ٩٢٣ و ٩٢٤ و ٩٢٥ .

مجموع ثلاث سنوات	مجموع عدد المرضى الجدد	امراض العيون	الملاريا	الزحار والاسهال	الجدري	الزهري	السيلان	امراض زهرية اخرى القرحة اللينة	سلاق الاسنان	بثرة العراق	البلهارزيا بالسنة ١٩٢٥ فقط	الامراض التناسلية البولية	امراض سارية اخرى	امراض الجهاز التنفسي الاخرى	امراض الجهاز العصبي	امراض الجهاز الدوراني	امراض الدم	الانكيلوستوم	الامراض الطارئة	سائر الامراض الباقية	امراض الجهاز الهضمي
بغداد	٣٨٤١٢٤	١٢٧٠٣١	٢٢٤٠٠	٧٨٩٧	٣٧٢٢	٤٧٨٠	٣٤٠٥	٤٢٤	٧٨٠	٢٠٣٨	٤٣٦	٧٠٧	٨٦٢	٧١١	١٩٨	١٤٣	٧١	١٣٥	٣٤	٨٦٠٩	٩٢١
البصرة	١٨٣٠٥٢	٢٦١٨٩	٤٥٠٤٤	٥٣٥٧	١٠٤٨	٢٤٤٥	٣١٣١	٤٢٢	١٢٩٦	٨٦٨	١٤٨٢	٤٧٢	٨١١	٤٦٧	١٦٤	٢٩	١٢٦	٦	٣٥	٥٩٩٨	٧٠١
الموصل	٧٨٧٣١	١٥٠٨١	١٩٤٠٧	٦٢٠٩	١٠١٩	٢٨٤٤	١٥٠٨	١٥٧	١٢٨٦	٤٨٥	١٧	٣٥٧	٨٨	٢٥٧	١٥٢	٤٢	٢٦	٠	٧	٤٥٠٩	٤٨٩
العمارة	٤٦٤٢٧	٧٠٠٠	٨٤٠٣	١٥٥٣	٢٤٩	١١٨٢	٢٧٧	٣٤٧	١٨٤	٢٠٦	٨	١٧	٦	٣٥	٩	١	٢	٠	٤	١٨٠٦	٨٠
اربيل	٤٨٧١٨	٦٠٠٣	٨٠١٤	٢١٠٤	١٢٣	٤١٦	١٥٦	١٠٤	٤٧٧	١٩	٤٢٥	٣٦	٢٢	١٠٦	٢١	٣	١٧	٠	٣	٦٨٥	١٧١
الديوانية	٧٠٩٠٧	٦٤٦٣	١٣٦٨٨	٢٧٨٩	٢٤٨	٣٦١	٥٩٦	٤٤	١٦٥٢	٣١٢	٦٧٧	٩٨	٢٢	٢١	١١	٤	٥	١١	٠	١٠٠١	٣٣
ديالى	٤٧٩٢٨	٨٢١٠	٨٤٨١	٣٦٣٨	٢٢٦	٤٤٨	٤٤١	٧٣	١٩	٣٥٨	٣	٤٥	٧٤	١٢٥	٤	١٠	٣	٠	٢٣	٩٦٢	٢٢٦
الدليم	٣٥٣٦٩	٦١١٦	١٥٨٢	٦٤٣	٦٩	٧٨٠	٦٦	١٤	٧١	٢٢	١٢٣	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٨٦٠	٢
الحلة	٥٠٣٠٦	٣٦٦٢	١٥٠٦٦	١٣٤٠	٣٦٧	٤٤٧	١٩٣	٤٠	٧٦	٢٤٥	١٣٢	١٢٦	٣٧	٤٣	٦	٢٥	١٢	٤	٠	٦٨٠	١٠١
كربلا	٣١١٣٩	٣٧٤٠	١٠١٧٩	١٤٣٧	١٢٤٦	٦٩١	٣٤٥	١٨٨	٥٤٣	١٤٣	٢٣	٢٧	١١	٧٣	٢٨	٢٣	١٧	٠	٣	١٢٢٤	١٨٨
كركوك	٨٩٦٨٢	١٥٤١٦	١٧٦٥٦	٦٣٦٣	٤٤٤	٧٢٦	٥٣٧	١٦	٢٣٨٣	١٣٢	٥١	٧٧	٣٥	٦٤	٢٣	٩	١	٠	٠	١٢٧٩	١٦٥
الكوت	٣٨٦١٥	٦٨٢٩	٢٧٥٥	٦٥٩	٧١	٢٠٨	١٤٦	١	١٧	٣٥	٤٨	٤١	٢	٤٨	٧	٧	٦	٠	٠	٣٥٥	٢٣
المنتفك	٥١٦٩٤	٨٥٥٩	١٤٣٧٣	٧١٨	٣٨٨	٤٠١	٢٦٠	٣٨	٢٥٧	٢٧	٤٦٥	٥٧٨	٨	١٢٥	٢٥	١٠	١٥	٠	٦	٦٩٩	١٣٠
السليمانية سنتان	٢٢٠٥٠	٢٤٨٧	٣٢٢٩	١١٢٥	٦١	١١٢	٩٧	٤	٢١٩	٢٣٣	٠	٣٠	١٤	٥٤	٥	٣	٣	٠	٣٠	٢١٣	١٥٩
السكك الحديدية	٢١٨٨٦	٢٠٨٠	٢٠٦١	٩٢٣	٣٣	٧٢	١٤٣	٢٤	٦٨٥	٧٢٤	٢٢	٩	١٤٠	٨١	٨	٧	١٧	٠	٤	٢٣٩	٧٦
	١٢٣٦٢٠٢	٢٤٥١٧٠	١٩٣٣٩٥	٤٢٥٩٨	٩٢١٤	١٦٧١٨	١١٣٠٦	١٨٣٩	٩٩٦٥	٥٩٠٨	٣٩١٢	٢٦٢٠	٢١٣٢	٣٢٠٢	٦٦١	٢٩٦	٢٠٣	١٥٦	١٤٩	٢٩٨٦٣	٣٦٩٥

الجدول الثانى : جدول نسبي للامراض الواقعة فى سائر الوية العراق خلال السنوات التقويمية الثلاث ٩٢٣ و ٩٢٤ و ٩٢٥

فى كل ١٠٠٠٠ اصابة جديدة	امراض العيون	الحمى المرزغية	الزحار والاسهال	سائر الامراض الزهرية	الزهري	الجدري	السيلان	سلاق الاجفان	الحبة الشرقية	البلهارزيا	امراض الجهاز الغذائي	الامراض التناسلية البولية	الامراض التنفسية الاخرى	الامراض السارية الاخرى	امراض زهرية اخرى	الامراض العصبية	امراض الجهاز الدوراني	امراض الفم	الانكلوستوما	الامراض الجلدية
بغداد	٣٣٠٧	٦٠٩	٢٠٥	٢٢٤	١٢٤	٩٧	٨٦	٢٠	٥٣	١١٫٣	٢٤	١٨	١٨	٢٢	١١	٥٫٠	٣٫٧	١٫٨	٣٫٥	٠٫٨
البصرة	١٤٥٨	٢٤٦٠	٢٩٢	٣٢٧	١٣٣	٥٧	١٧١	٧٠	٤٧	٨٠	٣٨	٢٥	٢٥	٤٤	٢٣	٨٫٩	١٫٥	٦٫٨	٠٫٣	١٫٩
الموصل	١٩١٥	٢٤٦٤	٧١٨	٥٧٢	٣٦١	١٢	١٩١	١٦٣	٦٠	٢٫١	٦٢	٤٥	٣٢	١١	٢٠	١٩	٥٫٣	٢٫٥	٠	٠٫٩
العمارة	١٥٠٧	١٨١٠	٣٣٤	٣٨٩	٢٠٤	٥٣	٦٠	٣٩	٤٤	١٫٧	١٧	٣٦٦	٧٫٥	١٫٢	٧٤	١٫٩	٠٫٣	٠٫٤	٠	٠٫٨
اربيل	١٢٣٢	١٦٤٤	٤٣١	١٤٠	٨٥	٢٥	٣٤	٩٧	٤	٨٧	٣٥	٧	٢١	٤	٢١	٤	٠٫٦	٣٫٤	٠	٠٫٦
الديوانية	٩١١	١٩٣٠	٣٩٣	١٤١	٥٠	٣٦	٨٤	٢٣٣	٤٤	٩٥	٤	١٤	٣	٣	٦	١٫٥	٠٫٦	٠٫٧	١٫٥	٠
ديالى	١٧١٣	١٧٦٥	٧٥٩	٢٠٠	٩٣	٤٧	٩٢	٤	٧٥	٠٫٦	٤٧	٩	٢٦	١٥	١٥	٠٫٨	٢٫٠	٠٫٦	٠	٤٫٨
الدليم	١٧٢٩	٤٤٧	١٨١	٢٤٢	٢٢٠	١٩	١٨	٢٠	٦	٣٤	٠٫٦	٠	٠	٠٫٧	٤	٠	٠	٠	٠	٠
الحلة	٧٢٨	٢٩٩٤	٢٦٦	١٣٥	٨٩	٧٢	٣٨	١٥	٤٧	٣٦	٢٠	٢٥	٨	٧	٨	١٫١	١٫٠	٢٫٣	٠٫٨	٠
كربلا	١٢٠١	٣٢٦٨	٤٦١	٣٩٣	٢٢٢	٤٠٠	١١٠	١٧٤	٤٦	٧	٦٠	٨	٢٣	٣٫٥	٦٠	٩	٧٫٠	٥٠	٠	١٫٠
كركوك	١٧١٨	١٩٦٨	٧٠٩	٤٤١	٨٠	٤٩	٥٩	٢٦٥	١٤	٥	١٨	٨	٧	٤	٢	٢٫٥	١٫٠	٠٫١	٠	٠
الكوت	١٧٦٨	٧١٣	١٠٠	٩١	٥٣	١٨	٣٧	٤	٩	١٢	٦	١٠	١٢	٠٫٥	٠٫٢	١٫٨	١٫٨	١٫٥	٠	٠
المنتفك	١٦٥٥	٢٧٨٠	١٣٨	١٣٥	٧٧	٧٥	٥٠	٤٩	٥	٨٩	٢٥	١١١	٢٤	١٫٠	٧	٤٫٨	١٫٩	٢٫٩	٠	١٫١
السليمانية	١١٢٨	١٤٦٤	٥١٠	٩٦	٥٠	٢٧	٤٤	٩٩	١٠٥	٠	٧٢	١٣	٢٤	٦	٢	٢٫٢	١٫٣	١٫٣	٠	١٣
السكك الحديدية	٩٥٠	٩٤١	٤٢١	١٠٩	٣٣	١٥	٦٥	٣١٠	٣٣٠	١٠	٣٩	٣	٣٧	٦٣	١١	٣٫٦	٣٫٢	٧٫٧	٠	١٫٧
جميع العراق	١٩٨٣	١٥٦٣	٣٤٤	٢٤١	١٣٤	٨٠	٩١	٧٥	٤٧	٣١	٢٨	٢١	١٨	١٧	١٥	٥٫٣	٢٫٤	١٫٦	١٫٢	١٫٢

الجدول الثالث: نسبة الامراض في بلدان العراق الشمالية والمتوسطة والجنوبية بين كل الف مريض جديد

(خلال ٣ سنوات من ٩٢٣ الى ٩٢٥)

	جميع العراق	شمال العراق	متوسط العراق	جنوب العراق
٠١ امراض العيون	١٩٨	١٦٣	٢٦٤	١٣٨
٠٢ الملاريا	١٥٦	٢٠٢	١٠٤	٢٣١
٠٣ الزحار والاسهال	١٣٤	٦٦	٢٦	٢٩
٠٤ الامراض الزهرية	٢٤٫١	٢٧٫٩	٢١٫٦	٢٦٫٩
٠٥ الزهري	١٣٫٤	١٧٫١	١٢٫٥	١٢٫٤
٠٦ السيلان	٩٫١	٩٫٦	٧٫٨	١٢٫١
٠٧ سلاق الاسنان	٨٫٠	١٨٫١	٢٫٥	٩٫٦
٠٨ التدرن الرئوي	٧٫٥	٦٫٨	٩٫٧	٥٫٤
٠٩ بثرة العراق	٤٫٧	٣٫٥	٤٫٨	٤٫٠
١٠ البلهارزيا	٣٫١	٢٫٠	١٫٣	٧٫٤
١١ امراض الجهاز الغذائي	٢٫٨	٤٫١	٢٫٤	٢٫٧
١٢ امراض الجهاز البولي التناسلي	٢٫١	١٫٦	١٫٦	٣٫٣
١٣ امراض الجهاز التنفسي	١٫٨	٢٫٠	١٫٧	١٫٨
١٤ امراض سارية اخرى	١٫٧	٠٫٦	١٫٦	٢٫٤
١٥ امراض زهروية اخرى	١٫٥	١٫١	١٫٢	٢٫٤
١٦ امراض عصبية	٠٫٥	٠٫٨	٠٫٤	٠٫٦
١٧ امراض الجهاز الدوراني	٠٫٢	٠٫٢	٠٫٣	٠٫١
١٨ امراض الدم	٠٫١٦	٠٫١	٠٫١	٠٫٤
١٩ الانكيلوستوم	٠٫١٢	٠	٠٫٢	٠٫٠
٢٠ الامراض الجلدية	٠٫١٢	٠٫١	٠٫١	٠٫١

في هذا الجدول شمال العراق يشمل الوية الموصل واربيل وكركوك وسليمانية واواسط العراق يشمل الوية بغداد وديالة والدليم والحلة وكربلاء والكوت .

وجنوبي العراق يشمل الوية البصرة والعمارة والديوانية والمنتفك .

الجدول الرابع : الامراض السارية (لواجب الاخبار بوقوعها) التي حدثت في الالوية خلال ٣ سنوات من ١٩٢٣ الى ١٩٢٥

	الهيضة في عام ١٩٢٣ فقط	الجدري	الطاعون	الحصبة	الحميات التيفوئيدية	التدرن	الزحار بأشكاله كافة	الخناق	الجذام	شبه الجدري	ذات السحايا الدماغية الشوكية	التيفوس	البرداء الخبيثة	النزلة الصدرية	الحمى النفاسية	الكزاز	الحمى القرمزية	الحمى الراجعة	السعال الديكي	مجموع جميع الامراض السارية الواجب الاخبار بوقوعها
بغداد	١٧٥	٤٢٣	٧٧١	٨٤٤	٣٣٠	٦٥٠	٤٦	٦٨	٥٤	٢٣	٣٢	٢٩	٥	—	٢٠	١٤	٢	—	—	٣٤٨٦
البصرة	٦٠٥	٣٨٥	٤٠١	٩٣	٢٩	٢٣٧	١٦	٥	٢٣	١٣	٤	٤	٣	٤	٣	٦	—	—	٤٤	١٨٧٥
الموصل	—	٤٦	—	٣٨٨	٩٣	٢٦٩	٣٢	٨	—	٤	٢	١	٤	—	١	—	—	—	—	٨٤٨
العمارة	٢٠٠	١٩٤	١١	٩٠	١١	١٣٩	٣٦	١	١٧	٧	١	—	—	—	—	١	—	—	٢٦	٧٣٤
اربيل	—	٤٢٠	—	٢٤١	١٧	٣٦	٣٥	٤	١	٣	١	—	—	—	١	—	—	—	١٩	٧٧٨
الديوانية	٥	٤٥١	—	١١١	٨	٩٢	٥	١	٥	٢٢	—	—	١	٨	١	٧	—	—	٢	٧١٩
ديالى	٢٠٨	١٣٧	—	١١٤	٤	١١٣	٢٤	١	٤	٥	١	—	٣	٣٧	—	—	٢٤	—	١	٦٧٦
الدليم	٢٥	٢٣	—	٣٠٠	٤٠	٣٥	٥٢	—	٢	١٢	—	—	—	—	١	٤	٥	—	١	٥٢٠
الحلة	١٩	٢٧	٨٧	٢١	١٥	٢٣٢	٦٧	—	٣	٣	١	١	١	—	١٠	١	٣	—	—	٤٩١
كربلا	١٦٣	٢١٣	١	٢٤	٣٠	٢٥٢	٢٧	—	٤	١	—	٢	—	٤	—	١	٣	—	—	٧٢٥
كركوك	—	٣٢٠	١	٢١٢	٢٠	٢٣	٩٦	٢	—	—	—	١	—	١	—	٢	٣	١	—	٦٨٠
الكوت	٦٢	١٣٢	٥٠	٤٣٤	٢	٤٢	٢٣	—	٥	٣	—	—	—	٩	—	٣	—	—	٢	٧٦٧
المنتفك	١٧٨	١٩٢	٨	٦٧	٥	٢١٤	٨٠	٥	٨	٥	—	—	٧	—	١	٤	—	—	—	٧٧٤
السليمانية	—	—	—	—	١	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	١
	١٦٤٠	٢٩٨٣	١٣٣٠	٢٩٣٩	٦٠٥	٢٣٣٤	٥٣٩	٩٥	١٢٦	١٠١	٤٢	٣٨	٢٤	٦٢	٣٨	٤٣	٣٩	١	٩٥	١٣٠٧٤

الجدول الخامس: الأرقام الحقيقية للمرضى الداخلون فى المستشفيات فى العراق (٣ سنوات ١٩٢٣–١٩٢٥) (فى سائر الالوية)

	مجموع المرضى الداخلون	الملاريا	أمراض الجهاز الهضمي	أمراض العيون	أمراض التناسلية البولية	أمراض الجهاز التنفسي	الأمراض السارية	الزهري	السل الرئوي	السيلان	الأمراض العصبية	البلهارزيا	الجهاز الدوراني	القرحة الفنية	الأمراض الجلدية	الانكيلوستوما
بغداد	١٧١٨٤	٣٥٨	٩٢١	١١١٦	٧٠٧	٧١١	٨٦٢	٤٣١	٥٥٥	٩٥	١٩٨	٨٩	١٤٣	٤٣	٧١	١٣٥
البصرة	٩٤٤٧	١٧٥٠	٧٠١	٨٣١	٤٧٢	٤٦٨	٨١١	٣٨٢	٣٠٦	٢٥٧	١٦٤	٣١	٩٢	١٤١	١٢٦	٦
الموصل	٧٤٨٠	٧١٨	٤٨٩	٦٣٠	٣٥٧	٢٥٧	٨٨	٧٦٥	١٥٢	٤٤٤	١٥٢	٠	٤٢	١٢	٢٠	٠
العمارة	٦٩٠	١٧٦	٨٠	٩	١٧	٣٥	٦	٢٦	١٢	٢٥	٩	١	١	١٥	٢	٠
اربيل	١١٧٢	٢٠٤	١٧١	٣٧	٣٦	١٠٦	٢٢	١٧	٢٣	٥	٢١	٢	٣	٢٠	١٧	٠
الديوانية	١٠٣٤	٢٢١	٣٣	٨	٩٨	٢١	٢٢	٢	١١	٧	١١	٢٨	٤	٧	٥	١١
ديالة	١٠٤٨	٩٣	٢٢٦	٣٨	٤٥	١٢٥	٧٤	٢٩	٢٠	٥٠	٤	٠	١٠	٦	٣	٠
الحلة	١٢٤٩	٢٣٢	١٠١	١٠	١٢٦	٤٣	٣٧	١٠	١٢	١١	٦	٣٠	٥	١	١٢	٤
كربلاء	١١٠٨	٣١٠	١٨٨	٩١	٢٧	٧٢	١١	٧	١٢	٩	٢٨	٦	٢٣	١٨	١٧	٠
كركوك	١٥٦٠	١٤٢	١٦٥	٥٧	٧٧	٦٤	٣٥	٢٢	١٥	٣٥	٢٣	٤	٩	٠	١	٠
الكوت	٦٨٥	١٦٨	٢٣	٤٤	٤١	٤٨	٢	٢٨	١٦	١٤	٧	١	٧	٠	٦	٠
المنتفك	٣٣٨٥	٣٣١	١٣٠	٩٤	٥٧٨	١٢٥	٨	١٣٤	١٢٥	٥٢	٢٥	٣٨٣	١٠	١٢	١٥	٠
سليمانية	٧١٢	١٤٥	١٥٩	٣٣	٣٠	٥٤	١٤	١٦	٨	١٧	٥	٠	٣	٢	٣	٠
الدليم	٢٤	١	٢	١	٠	٠	٠	٠	٠	١	٠	٠	٠	٠	٠	٠
السكك الحديدية	١٢٦٠	٢٣٥	٨٦	١٩	٩	٨١	١٤٠	١٢	١٦	١٧	٨	٣	٧	٧	١٧	٠
جميع الممالك	٤٧٩٤٩	٥٢٩٣	٣٤٩٥	٣٠١١	٢٦٢٠	٢٢٠٢	٢١٣٢	١٨٧١	١٢٧٧	١٠٥٥	٦٦١	٥٧٨	٢٩٦	٢٢٠	٢٠٣	١٥٦
بالمائة	١٠٠	١١	٧-٢	٦-٢	٥-٤٦	٤-٥٩	٤-٤	٣-٩	٣-٦	٢-٢	١-٣	١-٢	٠-٦	٠-٣٥	٠-٤٢	٠-٣

الجدول السادس: انواع الاصابات بين كل الف مريض من المرضى الداخلين فى المستشفيات فى الوية العراق مدة ٣ سنوات من ٩٢٣-١٩٢٥

	الملاريا	الجهاز الغذائي	جميع الأمراض الزهرية	أمراض العيون	الأمراض التناسلية البولية	أمراض الجهاز التنفسي	الأمراض السارية	الزهري	السل الرئوي	السيلان	الأمراض العصبية	البلهارزيا	الجهاز الدوراني	القرحة اللينة	الأمراض الدموية	الانكيلوستوما	الأمراض الجلدية
بغداد	٢٠	٥٣	٣٢	٦٤	٤١	٤١	٥٠	٢٥	٢٢	٥	١١	٥	٨	٢	٤	٨	٢
البصرة	١٨٥	٧٤	٨٢	٨٧	٥٠	٤٩	٨٦	٤٠	٣٢	١٧	١٧	٣	٣	١٥	١٣	.٦	٤
الموصل	٩٦	٦٥	١٦٥	٨٤	٤٧	٣٤	١٢	١٠٣	٢٠	٦٣	٢٠	—	٦	١	٣	—	١
العمارة	٢٥٥	١١٦	٩٥	١٣	٢٥	٥٠	٨	٣٨	١٦	٣٦	١٣	١	١	٢١	٣	—	٦
اربيل	١٧٤	١٤٦	٣٦	١٣٠	٣٠	٩٠	١٨	١٤	١٩	٤	١٨	٢	٢	٨	١٥	—	٢
الديوانية	٣١٠	٣١	١٣	٧	٩٤	٢٠	٢١	١	١٠	٦	١٠	٢	٣	٦	٤	١٠	—
ديالى	٨٨	٣١٥	٧٩	٢٧	٤٣	١١٩	٦٨	٢٧	١٩	٤٧	٣	—	٩	٥	٢	—	٢٢
الحلة	١٨٦	٨٠	١٦	٨	١٠٠	٣٤	٢٩	٨	٩	٨	٤	٢٤	٤	—	٩	٣	—
كربلا	٢٢٠	١٧٠	٣٠	٨٢	٢٤	٦٦	٩	٦	١٠	٨	٢٥	٥	٢٠	١٦	١٥	—	٢
كركوك	٩١	١٠٥	٣٦	٣٦	٤٩	٤١	٢٢	١٤	٩	٢٢	١٤	٢	٥	—	٠،٦	—	—
الكوت	٢٤٥	٣٣	٦٤	٦٤	٦٠	٧٠	٢	٤٠	٢٣	٢٠	١٠	١	١٠	—	٩	—	—
المنتفك	٩٧	٣٨	٥٧	٢٧	١٧٠	٣٦	٢	٣٩	٣٦	١٥	٧	١١٣	٣	٣	٤	—	١
السليمانية	٢٠٣	٢٢٣	٢٨	٤٦	٤٢	٧٥	١٩	٢٢	١١	٢٣	٧	—	٤	٣	٤	—	٤٢
السكك الحديدية	١٨٦	٦٨	٢٧	١٥	٧	٦٤	١١١	٩	١٢	١٣	٦	٢	٥	٥	١٣	—	٣
جميع العراق	١١٠	٧٢	٦٥.٧	٦٢	٥٤،٦	٤٥.٩	٤٤.٤	٣٩،٢	٢٦.٦	٢٢	١٣	١٢	٦،١	٤،٥	٤،٢	٣.٢	٣،١

بيان حادثات الامراض السارية فى العراق فى شهر نيسان سنة ١٩٢٦ مأخوذ عن التقارير الاسبوعية الصادرة من مصلحة الصحة العامة

الامراض	اربيل		بغداد		بصرة		حلة		ديالى		ديوانية		رمادي		سليمانية		عمارة		كربلا		كركوك		كوت		موصل		منتفك	
	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات
الجدري	١	•	٣	•	١٦	٣	•	•	١	٨	٢	•	•	•	•	•	٤	١	•	•	•	•	•	•	•	•	٢٩	١٦
الجدرى	٧	•	•	•	•	•	•	•	•	•	٢	•	•	•	•	•	٧	•	•	•	١	•	•	•	•	•	•	•
الحصبة	تنشر ٢٥	•	٣	٢	٣	•	•	•	١	•	•	•	•	•	•	•	•	•	١	•	•	•	•	•	•	•	•	•
خناق	•	•	٣	•	•	•	•	٥	•	•	•	•	١	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	١	•	١	١
داء النكفة	٢	•	٢٧	•	١	•	٣	•	•	•	•	•	•	•	•	•	٣٥	•	٢	•	•	•	١	•	١٧	•	٦	•
السعال الديكى	•	•	•	•	•	•	٥	•	٣	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	١	•
التيفوئيديات	•	•	٦	•	٢	•	١	•	•	•	•	•	•	•	•	•	١٥	•	٢	•	٢	•	٩	•	١	•	•	•
الحمى النفاسية	•	•	٣	•	•	•	•	•	•	•	١	•	٣	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
الكزاز	•	•	•	•	•	•	٨	١	•	•	١	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
السل الرئوي	٤	•	٣٠	٦	٧	٣	٧	٣	٤	•	٨	•	•	•	•	•	٤	•	٢٩	١٥	٢	•	٢	•	١٣	٣	٦	•
النزلة الصدرية	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	١	•	•	٦	•	٣	•	•	•	•	•	•	•	•	•
الجذام	١	•	٣	•	٢	•	•	•	١	•	•	•	•	•	•	•	١	•	•	•	•	•	١	•	•	•	١	•
الطاعون	•	•	٤٩	٢٨	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	١	•	•	•	•	•
ذات السحايا	•	•	٣	١	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
الحمى القرمزية	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	١	•	•	•	•	•	•	•

المجلة الطبية البغدادية

THE BAGHDAD MEDICAL REVIEW

العدد الثاني | السنة الثانية | آب سنة ١٩٢٦

المقالات الاساسية

الهيموليز والهيموليزين

Hemolyse et Hemolysine

الدكتور نظام الدين

ان مسألة انحلال الدم قد اكتسبت في الايام الاخيرة اهمية كبيرة · لان الدم اذا انحل حصلت من انحلاله هذا نتائج مرضية في غاية الاهمية اذ ينشأ عن ذلك اعظم النزوف واكثرها خطرا ·

هناك اسباب كثيرة تؤدي الى انحلال الدم · ويقال لها على الاطلاق (هيموليزين — Hemolysine) والهيموليزينات (اي محللات الدم) تنقسم الى اصناف فبعضها اجسام كيمياوية · حتى ان الماء المقطر هو محلل مؤثر للدم ·

واشد المؤثرات في محللات الدم هي بعض قسم من الميكروبات والباكتريات والاسبروسنات ومافرزه من هذه انواع التوكسين · وهذه هي اهم العوامل المؤدية الى المرض في انحلال الدم ·

وتأتي السموم بعد انواع التوكسين · وهي محللات للدم Hem olysants بدرجة انواع التوكسين · وخاصة ان قسما منها يكون تأثيره بشدة وبسرعة عظيمتين لانها تحل الدم آنيا فتسبب الموت ·

نذكر من بين هذه السموم ذيبيات (سموم) الافاعي السامة Venins ومنها بعض اصناف الافاعي التي تعيش في افريقية الغربية · ويوجد في العراق بعض اجناس الافاعي السامة · فاذا لسعت هذه الافاعي احدا ودخل ذيبيها من محل اللسع الى دمه تحلل دمه حالا · هذه هي العارضة الاولى ثم ان الدم يفقد خاصية تكوين العلقات · والفتحة التي تحدث في المكان الملسوع لا يمكن انسدادها ولذلك يستمر النزف بصورة متمادية وهذه هي العارضة

مجموع عدد المرضى

الامراض الجلدية

الثانية . وسنبين ذلك فيما يأتي باكثر وضوحا .

وبعد هذه المقدمة التي بينت فيها انحلال الدم والاسباب المؤدية اليه اود ان اسير في مطالعاتي على ساحتين:

الاولى — الساحة الفيسيولوجية — واريد ان اعرض فيها آخر ما وصل اليه الفن من الاطلاعات فيما يخص الهيموليز والهيموليزينات .

الثانية — الساحة المرضية — وهي الظواهر المرضية Manifestations Pathologiques التي يؤدي اليها الانحلال بعد حل الهيموليزين للدم . ويقال لهذه الظواهر (انحلال الدم المرضي) .

اخواني ! ان اهمية هذه الساحة المرضية معلومة لدى جميع حضراتكم ولا اريد ان اتبسط في البحث في هذا الباب . ولكن ، كما هو معلوم لدى حضراتكم ايضا ، ان الامراض التي تؤدي الى انحلال الدم هي كثيرة واكثرها امراض مخطرة . والذي دعاني الى تحبير هذه المقالة التي اتلوها عليكم الان هو هذا البند الثاني . ولي مشاهدات ذاتية مهمة في هذا الخصوص وبعض اساليب خاصة في المعالجة حصلت منها على موفقيات عديدة . وغاية املي في هذا المقال ان اعرض عليكم تلك المشاهدات وهذه الاساليب .

الفيسيولوجي

اذا نقصت لزوجية الدم التي له في حالته الطبيعية فمعنى ذلك ان الدم قد اصيب بالانحلال .

ولننظر الان في السبب الباعث لذلك : ان كريات الدم الحمراء يطرأ عليها الخراب بسبب بعض المؤثرات المرضية . ويقال لهذا (الانحلال الدموي) . وخراب الكريوات الحمراء على قسمين الاول فيسيولوجي والثاني مرضي .

ولنبدأ بتدقيق الخراب المرضي خاصة :

ان الجراثيم او التوكسينات او السموم او الذبيبات (سموم الافاعي) اذا دخل بعضها في التيار الدموي خرب الكريات الحمراء للدم وقد يوجب هذا الخراب في بعض الاحيان محو هذه الكريات تماما لان قسما من الباكتريات او السبيريلات وخاصة الطفيلات تهجم على هذه الكريات مباشرة فتأكلها وتفنيها ولكنها في بعض الاحيان قد لا تتمكن من محوها بالكلية اذ تبتدئ في تلك الاثناء مبارزة الفاغوسيتوس في الدم فتهجم الكريات البيضاء على العوامل المرضية . وتحاول اسقاط هذه العوامل وتجريدها من اعمالها التخريبية . وفي كلتا الحالتين ينعزل عنصر الهيموغلوبين المثبت في التركيبات الكيمياوية للكريات الحمراء فيدخل في الدعامة(١) الدموية . واذا تزايد مقدار الهيموغلوبين المتجمع في الدعامة فالنتيجة المتحصلة من ذلك هي ان الدم قد اصيب بالانحلال فيسمى اذا Emolyse

ومعلوم حضراتكم ان الهيموغلوبين هو في الاصل مادة (بروتهئيكية) ولونه احمر وهو يحتوي على الاكسجين ويتركب من مادتين الاولى ال (غلوبولين) وهي المادة البروتهئيكية الاصلية . والثانية (اوكسي هيموغلوبين) واللون الاحمر ناشئ منها . وهي متشبعة بمادة حديدية .

عند خراب الكريات الحمراء يفقد الدم لزوجيته . لان الدم بهذا الخراب يكون قد اضاع اهم عناصره الجامدة ذات الشكل . والهيموغلوبين المنفصل من الكريات الحمراء

(١) Stroma

ينحل كذلك في دعامة الدم فيكون انحلال الدم مضاعفا .

الهيموليزين
Les Hemolysines

تسمى العوامل التي تؤدي الى انحلال الدم (هيموليزين) وهذه تتراكم في الدعامة الدموية . ويقال لهذه الحالة المتحدثة من ذلك (اختلاط الدم بالهيموليزين) Emolysinémie

لم نتوصل حتى الان لمعرفة الماهية الكيمياوية للهيموليزينات باطلاق المعنى . ولكننا نفهم بالتجربة انها تحل الكريات الحمراء وساعرض عليكم مجملا احدى التجارب الباكتريولوجية في هذا الباب :

يوضع بعض اللوكوسيتات والماكروفاجات التي ماهيتها الباكتريولوجية معلومة — على المحجرات المستنبتة في داخل الزجاج وبعد الاختلاط مدة تصفى هذه المستنبتات . ثم تؤخذ مقادير من القسم المتحلل المصفى وذلك بنسبة محدودة وبعد تدويرها تضاف على الكريات الحمراء في داخل الزجاج ايضا فيشاهد عند ذلك ان الكريات المذكورة قد انحلت .

اذن فالهيموليزينات تتولد من جميع المحجرات الماكروفاجيكية ذات الفاغوسيت .

ان الاعمال الماكروفاجيكية التي تولد الهيموليزينات منتشرة في البدن بكثرة . وحجرات البدن التي لا تحصى واللوكوسيتات وحجرات النسيج المنفم وحجرات البشرة الداخلية للاوعية وحجرات (كوبفر) للكبد كل هذه تحدث الهيموليزينات . وسياتي بعد قليل ذكر التاثيرات المضرة للهيموليزينات التي توجدها حجرات الكبد .

الامراض التي تؤول الى انحلال الدم
Les Maladics Hemolysants

تحصل من خراب كريات الدم الحمراء نتيجتان مرضيتان :

الاولى — ان عدد الكريات الحمراء يقل فيحدث من ذلك فقر دموي .

الثانية — ان الهيموغلوبين الذي تحتوي عليه الكريات الحمراء يفترق عنها ويدخل في دعامة الدم وينحل هناك فتتناقص قيمته الغلوبولية .

ليس الفقر الدموي من موضوع بحثنا الآن . اذ يستحق هذا ان يفرد له بحث خاص مستقلا . ومقصدنا الاصلي هو عرض ما يخص تناقص القيمة الغلوبولية وبتعبير آخر الانحلال المرضي للدم .

والآن لنشاهد الامراض التي تؤدي الى انحلال الدم :

١ — ان الحمى التيفوئيدية والحمى الطفحية (١) وما يتولد منهما من التوكسينات تحطم الكريات الحمراء وتجعلها دقيقة وتقلل من قيمتها الغلوبولية وترجع غلوبولينها الداخل في الدعامة الى حالة الانحلال .

الجدري . — لا نعلم حتى الآن العامل المرضي للجدري ولا بد ان يكون له توكسين مهما عجز عن ادراكه الميكروسكوب وهذا التوكسين يخرش الجواهر التي تجهز الدم ويؤدي بها اخيرا الى التنكروز . وهكذا يحول دون تكوين العناصر الدموية الجديدة والنشيطة ذات الشكل ودون تولدها من جديد .

(١) Eruptive

داء الافرنج ·— لهذا المرض عامل مرضي مدهش وفي غاية الفعالية يجعل الدم معروضا للانحلال · وهذه العوامل هي التربونما ·

والتربونما الخاصة بداء الافرنج تهجم على الكريات الحمراء ولكنها اكثر من هجومها هذا تسحق خاصة الجواهر المولدة للدم (ParanchymesHemopoètiques) وتقلبها رأسا على عقب فتصول رأسا عَلَى الطحال ومخ العظام وخاصة العقد اللنفاوية فتؤوفها · والعناصر الجديدة الطرية التى تجهزها هذه الجواهر للدم تأتي الى الدم صغيرة وغير تامة · وبنتيجة ذلك يكون الدم منحلا (Hemolysé) · يبتدئ هذا الانحلال في الدورة الثانية لداء الافرنج ويشتد في ادوار العوارض العصبية

والاطفال الذين يولدون مصابين بداء الافرنج من والديهما يشاهد فيهما انحلال الدم بكل وضوح·

وكنا نري ذلك في كل يوم · وتسعون بالمائة من الاولاد المصابين بداء الافرنج ارثا هم مؤوفون بانحلال الدم ·

البالوديزم ·— هو انتان مؤد الى انحلال الدم (Hemolysante) كما انه سبب للفقر الدموي (Anemiante) معلوم لديكم ، ان طفيلات الملاريا لا تكاد تدخل الدم حتي تهاجم الكريات الحمراء وتسارع الى اكلها · فيتناقص عدد الكريات من جهة ونتيجة ذلك هو الفقر الدموي · ومن الجهة الاخري ان الهيموغلوبين العائد للكريات الحمراء التي ضربت واكلت ينفصل منها ويدخل الدعامة « ستروما » ويتحلل فيها · ونتيجة هذا ايضا هو انحلال الدم · وبناء عَلَى ذلك فالملاريا « انتان » يجمع « السندرومين » في محل واحد وكلما ارتفعت سوية الهيموغلوبين المتجمع في الدعامة «استروما» يحدث من ذلك الادرار المحتوى على الهيموغلوبين وهذه عارضة مهمة في السريرات·

الاسبروشه توز ·— هو محلل مؤثر للدم· تاكل السيريلات كريات الدم الحمراء · فيتجمع الهيموغلوبين في الدعامة « استروما » فتطرح انقاض ذلك بطريق الكلية والكبد فيحصل من ذلك ادرار يرقاني — هيموغلوبيني · ولا شبهة في ان الباعث المرضي لهذا المرض الهائل انما هو الهيموليز « Hemolyse » · ·

طفيليلات الامعاء— تفرز هذه الطفيليلات الهيموليزين طول المدة التي تعيش فيها فى الامعاء فيدخل الهيموليزين الى الدم ويخرب الكريات الحمراء ويحلل هيموغلوبينها وبناء على ذلك فهو يسبب الفقر الدموي وانحلال الدم معا·

حضرات الاخوان : نشاهد في كل يوم سندرومات الفقر الدموي وانحلال الدم في الاولاد ولا سيما البنات الصغار فنبحث في المريض عن جميع الامراض التى تورث فقر الدم وفي الغالب لا نتمكن من ان نعثر عَلَى واحد منها · حتي اننا عند فحص الدم لا نجد تبدلا مذكورا في عدد الكريات الحمراء والكريات البيضاء فنقف امام حالة مستغربة وتجاه اعيننا فقر دموي قد خفي سببه علينا وهو « Anémie Cryptogéniqne » فبماذا نعلل هذه الحالة وعَلَى اي سبب نعطفها، فنضطر آنئذ لتحري الديدان المعوية التي هي احد العوامل المحللة للدم بل هي اهم تلك العوامل · فنرسل غائط المريض للكشف عليه · وهنا تظهر الحقيقة : فيوجد بعض الديدان في الغائط · فتتجسم امام اعيننا الماهية السريرية الخفية لذلك الفقر الدموي فنربط هذا التظاهر السريري بالفقر الدموي ـ وانحلال الدم ولا تبقي لدينا شبهة في ان ذلك ناتج عن الهيموليزين الذي تفرزه الديدان · وعندما نميل بمعالجتنا الى هذه الجهة يزول الانحلال — الفقر الدموي الذى اصيب به هؤلاء الاولاد او البنات الصغار والذي اوقعهم واوقع اهلهم وحتي اطباءهم في القلق والحيرة مدة من الزمن · وهكذا انتهي المعالجة بالموفقية ·

السرطان · — هو محلل للدم· وفقر الدم الذي يسببه هذا المرض معلوم لدى العموم · والسموم التي تهيئها كتلات السرطان « لا نعلم حتى الآن الماهية الكيمياوية لهذه السموم » تؤدى بالدم الى الانحلال · ولذلك تقل القيمة الغلوبولية في المصابين بالسرطان يوما عن يوم ·

الديابطس ·— يشاهد انحلال الدم فى امراض آديسون وحتي فى اثناء الحمل وهذا ثابت بالتجربة وهذا النوع من الانحلال يسمى بانحلال الدم المسموم بذاته «Oto - Toxique Hemolyse» ان سموم هذه الامراض والافرازات السمية التي يولدها الحمل لدرجة ما عند دخولها الى الدم تسبب اصابة الاعضاء المولدة للدم بالفالج

سندرومات البلازما

ان التشوشات الميكانيكية لانحلال الدم تجرى في الاساس على الكريات الحمراء · وبعد ان تخرب هذه الكريات وتنفتت بتراكم الهيموغلوبين والغلوبولين المنفصلان منها في البلازما ومن الجهة الاخرى يدخل عَلَى هذه البلازما: الهيموليزين الذي توجده وتعمله بعض الجواهر « بارابكيما » وخاصة البشرة الداخلية للاوعية بصورة مرضية وبهذه الكيفية تتلوث البلازما ببعض المواد المرضية التى لم تكن مؤتلفة معها طبيعة ومنها يتظاهر مجموع من التشوشات ويقال لهذه « سندرومات البلازما» والان فلنبحث هذه السندرومات

١-- سندروم الادرار اليرقاني — الهيموغلوبيني ·

ان الهيموغلوبين الذي يدخل عَلَى البلازما يتغير تركيبه عند تلاقيه مع الهيموليزين المتجمع في البلازما عرضا فينفصل الى قسمين ·

الاول — اوكسي هيموغلوبين (الاصباغ) فتذهب هذه الى الكليتين بواسطة البلازما · فتعمل على ايجاد اصباغ الصفراء فى الكبد · فاذا زاد تراكم هذه الاصباغ التي هي انقاض الهيموغلوبين « البلوروبين، الاوروبيلين » يحصل منها اليرقان·

هذا الانقلاب هو من اعمال حجرات الكبد · فالمقدار المهم من الهيموغلوبين المنحل في الدعامة (ستروما) يطرح عن طريق الكليتين · ومن هذا يحصل الادرار الهيموغلوبيني اذن فان الادرار اليرقاني ـ الهيموغلوبيني هو احد سندرومات انحلال الدم

٢—سندروم السيدروز «SyndromedeCiderose»

ان قسم الحديد العائد للهيموغلوبين المنحل في الدعامة « ستروما » يفترق عنه ويترسب في بعض الاحشاء التي يدور فيها مع الدعامة « ستروما » وخاصة في الكبد والطحال فتصاب هذه الاعضاء بالضخامة فيقال لهذه الحالة « التشبع بالحديد » (Ciderose)

ان ضخامة الكبد والطحال في المصابين بانحلال الدم

هي من الاعراض الواضحة للانحلال . ولما كان هذان « السندرومان » غير داخلين في منهاجنا فقد اكتفينا بذكرها فقط .

٣ —(سندرومات البوربورا) (Syndrome de Purpuriques) هذا هو السندروم المهم في انحلال الدم فلنبحث فيه قليلا لاننا نصادفه في تطبيقاتنا اليومية . ان سندرومات البوربورا التى نعثر عليها مرارا عديده في الاولاد الصغار هي مهمة جدا وفي غاية الغرابة .

وسأعرض عليكم بضع مشاهدات تمثل هذا السندر ولم في حضوركم بكل غرابته :

كثيرا مايقع ان اماً تاتي الينا بطفلها الرضيع الذي في حضنها وهو لايتجاوز الشهر الخامس اوالسادس من العمر . فنرى ان في بطنه وظهره واطرافه العلوية والسفلية كدمات (Equimoses) قد انتشرت من رأسه حتى قدميه ولاول نظرة يظهر ان ذلك هو (البوربورا) . ثم نعاين اللثات فنجدها ترشح دماً ونبحث عن الاسهال المملوء بالترشحات الدموية . فتخبرنا ام الطفل بان لغائطه لونا اسود . اذن فان هناك اسهالا اذا دم اسود (Melanose)

واذ تحرينا اسباب البوربورا . فلا نجد واحدا من الاسباب البنيوية .

وبعد ذلك نستجوب الام عن الاصول التى اتبعتها في في تغذية طفلها فتجيبنا بانها بدأت من الشهر الثالث من عمره بتغذيته بلبن العلب الصنعي فلا تبقى حاجة لسؤالها عن الاوقات التى اعطيت فيها للطفل هذه الاغذية الناقصة ولا عن كيفية اعطائها لاننا نعلم ان ليس لسوء التغذية هذا ترتيب او اصول . ونحن نؤمل ان الاتي القريب سيعلم الامهات مسألة تغذية الاطفال واهميتها . فيجب ان لانقصر نحن الاطباء في وصايانا في هذا الباب .

فما هو عامل البوربورا . يحصل من سوء هضم الالبان الصنعية في امعاء الطفل — بعض البروتيئيكات المحتوية عَلى المواد الشبه البومينية وهذه تصل الى الكبد بواسطة دورانها في وريد الباب ولكن حجيرات الكبد لاتولد انقلابا فيها . وهذا النوع من البروتيئيكات مسممة الكبد وهي تخرش حجيرات الكبد وتوقعه في الضخامة وضخامة الكبد في الاطفال المصابين بالبوربورا هو عرض جميل جدا فالكبد المتخرش يعمل على توليد واحضار الهيموليزين فيذهب ذلك الى الدعامة (ستروما) الدموية فيحل الكريات الحمراء ويوجد هيموليزا Hemolyse

وهذا الدم يترشح من الجملة الشعرية التى في الاودية والكدمات الموجودة في الجلد متحصلة من ذلك .

وكما حدثت ترشحات من اللثات والمعدة والامعاء تحصل نزوف الى هذه الاطراف حتى انه يشاهد نزوف في الطبقة الشبكية والسحايا .

ان مشاهداتنا اليومية تدلنا عَلى ان البوربورا في الاطفال مرض عضال وكثيرا ما ينتهي بالموت . ومهما قابلنا هذه العارضة بسلاح المعالجة وكيفما رتبنا ذلك وصرفنا جهدنا فيه فان جميع مساعينا تبقى بدون نتيجة وموفقية . في [illegible] كثير من هؤلاء الاطفال المساكين . والاكثرية المهمة من بوربورا الاطفال تنتهي بنهاية ميتة .

يمكننا ان نثبت هذه الحالة السيئة بالتجربة الاتية التى تسمى (تجربة دونات) :

يؤخذ مقدار من دم الطفل المصاب بالبوربورا ويفرق

مصله ويمزج هذا المصل بالكريات الحمراء للطفل المريض نفسه ويوضع في بادئ الامر في درجة (٠°) من الحرارة في ظرف نصف ساعة ثم يسخن الى درجة ٣٧° فتنحل الكريات الحمراء فيظهر من ذلك ان المصل اذا تلوث بالهيموليزين يأخذ في حل غلوبولاته بغير انقطاع

وهذا هو السبب لمقاومة اكثر بوربورا الطفل تجاه المعالجة واهلاكها المريض فى النهاية

٤ — تناقص تخثر الدم Hypocoagulabilitè وهو احد سندرومات البلازما وله بواعث واسباب كثيرة نذكر منها واحدا في غاية الاهمية وهذا السبب موجود فى العراق عَلى التواتر : الا وهو لسع الافاعي السامة

عندما تلسع الافعي السامة انسانا اوحيوانا يدخل سمها Venin الى مجرى الدم عن طريق الشبكة الشعرية الموجودة فى ادمة الجلد

لم نتوصل حتى الان الى معرفة الماهية الكيمياوية لهذا السم (القيب) ولكننا نصادف بلا انقطاع تأثيراته المرضية في تطبيقاتنا السريرية

ان سموم الافاعي محللة للدم مثل الهيموليزين تماما فهي تحل الكريات الحمراء وبذلك تزول لزوجيه الدم وفي هذه الاثناء يفقد الدم خاصية التخثر ولا تتولد علقة الفيبرين فى شفاه الجروح التى تحدثها الحية باسنانها لان الفيبرين يتخثر ولا يتمكن من سد شفاه الجريحة فيسيل الدم من هذه الشفاه بصورة متمادية ولا يتيسر ايقافه باية واسطة كانت وقد ذكر هذه العارضة الدكتور سندرسن احد زملائنا المحترمين فى اجتماع سابق بمشاهدته التى عثر عليها فى احد الجنود والعاجز قد صادفت بضع وقائع من هذا القبيل .

العلاج

كثيرا ما يتفق وجود سندروما فقر الدم — وانحلال الدم في آن واحد فيوجدان سندروما كبيرا ولاجل ذلك يجب ان نصوب سلاح معالجتنا نحو هذين السندرومين معا

الغاية من المعالجة — هي تخليص الكريات الحمراء من الخراب وتوليد كريات حمراء جديدة ونشيطة بدلها

ولهذه الغاية فاهم العوامل الدوائية المؤثرة التي في ايدينا هي ما يأتي :

١ — الاوكسيجناسيون Oxygenation وهو ابلاغ الاوكسيجين الذى يجب تثبيته في الكريات الحمراء — الى سويته الطبيعية

٢ — تضمين عنصر الحديد المنفصل من هيموغلوبين الدم ولذلك يعطى اجود المركبات الحديدية

٣ — التداوى بالشمس « Hélyotherapie »

ان بعض اشعة الشمس ولا سيما الشعاع الاحمر يزيد في مقدار عنصر اللون الاحمر «او كسي ئه موغلوبين» فتحصل الفائده منها

٤ — لا يخفى وجوب تنظيم الطعام وترتيبه بصورة مناسبة وترتيب الاطعمة للمرضى كل بالنظر الى حالته يعود الى اطباء العائلات

والآن اعرض عليكم كيفية توجيه اصول المعالجة الى الدم مباشرة

ان الترتيبات الدوائية العائدة للفقر الدموي تشمل هذه طبعا ولكن الذى يدخل في البرنامج الخاص هو ما يأتي :

١ -- يقال ان السبب الباعث لانحلال الدم هو تناقص الكولسترين الموجود فى الدم ولهذا يستعمل الكولسترين داخلا لمقاومة انحلال الدم

٢ — يسند الى الطحال لعب دور كبير في انحلال الدم والطحال المتخرش يصبح معملا عظيم الفعالية للهيموليزين والهيموليز ين الذي يوجده الطحال بمقدار مهم يدخل الى الدم ولذلك فقد بدئ في السنين الاخيرة في الساحات السريرية بتطبيق فكرة استئصال الطحال من قبل اطباء امريكا ويروى ان قد حصلت فوائد من ذلك

٣ ـ اريد ان ابحث الآن عن نبذة من اصول المداواة التى طبقتها في نزوف الجلد المستمرة الجريان وفي بوربورا الاطفال وذلك مبتنيا عَلَى مشاهدات العاجز :

لاجل اعادة قابلية التخثر الضائعة من الدم زرقت الى اناس اسعتهم الافاعي محلول الجلاتين المعقم والقابل الزرق والموضوع فى الانابيب زرقات متعددة بين الواحدة والاخرى ثلاث او اربع ساعات وقد بلغ مازرقته لواحد منهم في ظرف ٢٤ ساعة ٦٠ او ٨٠ غراما فانقطع سيلان الدم ٠

لقد بحثنا آنفا في ان الكبد عامل مهم كبير الاهمية فى « بور بورا » الاطفال وهناك سموم تخرش حجيرات الكبد في البدء ثم تجعلها مصابة بالعطالة فى النهاية ونظرا لهذه الحالة يكون من الواجب اعادة الفعالية فى الوقت اللازم الى حجيرات الكبد التى اصيبت بالعطالة ٠

للاستحمام بالماء المسخن الى درجة « ٣٨ » تأثيرات حسنة جدا فى هذا الخصوص وانا اطبق هذا الاستحمام على المرضى ثلاث او اربع مرات فى اليوم ٠ وبذلك يكتسب الكبد الفعالية ويزول احتقانه ويزيد مقدار الادرار وبنتيجة ذلك تقل كدمات البوربورا الموجودة في الجلد فلا تعود مرة ثانية ٠

ونظرا لان التربونما المسببة للبوربورا التى شاهدتها كثيرا في الاطفال المصابين بداء الافرنج ارثا : هى التى تخرب حجيرات الكبد وتسبب انحلال الدم بواسطة الهيموليزين الذي تحدثه فى الكبد نظرا لهذه الملاحظه، فبعد تحري تعامل وامرمان فى امثال هؤلاء الاطفال وبعد ان يثبت لدى وجود داء الافرنج الوراثي طبقت ذلك وطلاء مرهم الزئبق عَلَى هؤلاء الاطفال بمقادير وفى ازمنة تناسب اعمارهم فحصلت من ذلك على فوائد مهمة ٠

وقد اعطيت الكينين — بشكل فتائل للمعي المستقيم للاطفال المصابين بالبوربورا المتولدة عن الانحلال الحادث من الملاريا فرأيت من ذلك نتائج تذكر ٠

اما فيما يخص طفيليات الامعاء فيجب تطبيق اصول معالجة بحسب مايتبين من نوع وجنس هذه الطفيليات ٠

هذا ما اردت عرضه وربما اكون قد سببت ضياع اوقاتكم الثمينة بمعروضاتي هذه التي ارى انها قد طالت قليلا ٠ ولذلك ارجو منكم الصفح عن ذلك ٠

الملاريا او الوبالة

الدكتور السيد هاشم الوتري

تعريفها :

هو مرض طفيلي تتصل عدواه بالانسان بواسطة نوع من البعوض ويحصل عن تلوث الدم بحوينات خاصة تدعى الحوينات الدموية « Hématozoaires » ويدعى هذا المرض بأسماء عديدة اشهرها « الملاريا » وقد نشأ هذا الاسم في ايطاليا عن اعتقاد العامة ان المرض انما يتولد من هواء خبيث يتصاعد من المستنقعات وهو مركب من لفظتين « Mala » مالا «اي ردئ» و « Aria » آريا «اي هواء» فيكون معناها فى العربية « الهواء الردئ» وقد بقى هذا الاسم دارجا فى الاصطلاحات الطبية الى هذا اليوم ٠

مواطن المرض

ينتشر هذا المرض في جميع بقاع الارض تقريبا ويوجد خصوصا في المناطق الاستوائية والمناطق المعتدلة حيث يكون الجو صالحا لنمو البعوض الخاص الذي ينقل المرض لان البعوض يحتاج في نموه الى نوع من الحرارة والرطوبة ولا تفقس بويضاته الا في الماء وخاصة الماء الراكد وتتيسر هذه الظروف في البلاد الحارة التى تكثر فيها المستنقعات في حين ان المناطق المرتفعة والصحارى القاحلة لا تكون صالحة لنمو الملاريا وانتشارها٠ ومن اشهر مواطن الملاريا في اوروبا ايطاليا اذ تكون ضحايا الملاريا فيها ١٥٠٠٠٠ نسمة سنويا من كل المليونين من السكان بالرغم عن كل الوسائل المتخذة لمكافحة المرض وفي آسيا يفتك المرض فتكا ذريعا خصوصا في ايران والهند وسيلان وكوشنشين وآسيا الصغرى ٠ ويروى انه يموت في الهند سنويا خمسة ملايين من السكان بتأثير الملاريا اما مباشرة واما بالنتائج التى يؤول اليها المرض ٠

وفي العراق ينتشر المرض في منطقة الفرات انتشارا هائلا وقد اندفق تياره اخيرا نحو العاصمة فاصبحنا منذ بضعة اشهر نراه يفتك خاصة بالطبقة العاملة فتكا ربما ضاهى فتك سلفه الطاعون الذي ما برحت رزاياه عن اذهان البغداديين ٠ ولا نعلم حق العلم مقدار اصابات الملاريا في العراق وضحاياها وربما زودتنا مصلحة الصحة العامة في تقريرها السنوى المقبل بالعلم عن مقدار اصابات الملاريا في العراق والمناطق التى ينبعث منها المرض وانما الان قد يتمكن القارئ من الوقوف على عدد اصابات الملاريا بمراجعة الاحصاء الثمين الذي اورده الدكتور هيكس في الاجتماع الاخير للجمعية الطبية البغدادية وقد جاء فيما نشرته المجلة الطبية البغدادية من هذا الاحصاء في العدد الاول من سنتها الثانية مانصه : «لم يكن من المنتظر انتشار الملاريا بهذا المقدار في لوائي كربلاء والحلة التي عم فيها المرض عام ١٩٢٤ بصورة استيلائية وكان نوع الملاريا الغالب من الثلاثية السليمة (Benign Tertian) ولكنه قد تغير فاصبح اكثره من نوع الملاريا الثلاثية الخبيثة (Malignant Tertian) وربما جئ بهذا المرض من ايران » فيتضح من هذا ان المرض موجود بكثرة في لوائى كربلاء والحلة وانه وفد الى هذه الانحاء من ايران بما لهذه الاماكن من صلات دينية مع مسلمى فارس والاستيلاء الاخير الذي ظهرت بوادره في العاصمة انما نشأ عن الاحتكاك بتلك المناطق بسبب الزيارة والظاهر

ان المرض لم ينحصر في هذه المناطق بل هو موجود بكثرة في جميع انحاء العراق .

ومسئلة الملاريا من اعضل المسائل في علم الامراض البشرية وقد كانت هذه المسئلة موضوع بحث العلماء في كل عصر ولم تزل الجهود مبذولة في هذا الميدان بصورة مستمرة وقد افاضت المصنفات الطبية في البحث عن هذا المرض ولكن لم يظهر رأي في هذا الخصوص الا ونقض بعد زمن قليل والمصنفات التي نعتمد عليها اليوم ربما اصبحت قديمة في المستقبل القريب طالما كان البحث في تقدم مستمر . وغرضي الان ان اقدم الى القراء فكرا ثابتا عن آخر ماجاء في هذا الصدد في الوقت الحاضر . وقد راجعت كثيرا من المؤلفات التي عنيت بهذا الموضوع فلم ار افضل من تقسيم البحث الى المواد الاتية تسهيلا لدرس الموضوع :

١ — طفيلي الملاريا ، شكله وحياته في الانسان وفي البعوض

٢ — البعوض عموما ومنه نوع الانوفل بوجه خاص

٢ — وصف مرض الملاريا ذاته

٤ — طرق الوقاية من الملاريا

٥ — علاج الملاريا

١ : اشكال طفيلي الملاريا وحياته

يقصد بكلمة طفيلي Parasite الكائن النباتي او الحيواني الذي يعيش على غيره من الكائنات النباتية او الحيوانية . فالكائنات الاخيرة اي التي تضيف الطفيلي تدعى (مضيف -- Hote) اذا ان الطفيلي يقتات على حساب المضيف فجميع الميكروبات هي من قبيل الطفيليات واذا دخلت جسم انسان كان ذلك الجسم مضيفا لها ينتمي الميكروب الى صنف الموجودات البسيطة ذات الخلية الواحدة العديمة التناسل فاذا كان الطفيلي ارقى من ذلك اصبحت حياته الطفيلية اكثر تعقيدا فيرى ان نموه لا يبلغ التمام الا بعد مروره من مضيفين بالتعاقب ومن ذلك مثلا الطفيلي المعروف باسم (التينيا الوحيدة) فهو يعيش اولا في الخنزير حيث يكون سرقة ويولد فيه مرضا خاصا ثم ينتقل الى الانسان حيث يقضي حياة الكهولة او التناسلية ففي هذه الحالة يكون الخنزير مضيفا متوسطا والانسان مضيفا نهائيا ولا يتم تكامل الطفيلي الا في المضيف النهائي .

فلنأت الان الى طفيلي الملاريا : يتمتع هذا الطفيلي بحياتين مختلفتين الاولى حياة عديمة التناسل تنقضي في جسم الانسان والثانية حياة تناسلية تنقضي في جسم البعوض المنتمي الى صنف (الانوفل) ووجوده في هاتين البيئتين يقضي بان يكون الطفيلي متمتعا بحياتين متعاقبتين لاتناسلية وتناسلية . يتوالد الطفيلي في حياته داخل الانسان ، او بمعنى آخر في حياته اللاتناسلية ، بمجرد الانقسام . واما في حياته التناسلية حينما يكون في جسم الانوفل فهو يقوم بفعل تناسلي يقع بين عنصر مؤنث Macrogaméte وعنصر مذكر Microgaméte ويؤول التناسل بين هذين العنصرين الى انتاج كائن ثالث Sqorogonie . الحيوان الذي يؤوي الطفيلي وهو في حياته اللاتناسلية يدعى بالمضيف المتوسط والحيوان الذي يؤوي الطفيلي وهو في حياته التناسلية يدعي بالمضيف النهائي . وعلى هذا يكون الانسان مضيفا متوسطا للهيماتوزوئر (طفيلي الملاريا) والانوفل مضيفا نهائيا له وعليه فان دراسة طفيلي الملاريا اي الهيماتوزوئر تنقسم طبعا الى قسمين «١» حياة الهيماتوزوئر في داخل

الانسان «٢» حياته في داخل البعوض الخاص المسمى بالانوفل .

حياة الهيماتوزوئر في جسم الانسان او حياته اللاتناسلية:

كان الاطباء القدماء يعرفون ان حمى الملاريا لابد ان تكون ناشئة عن الطفيليات ولم ينل شرف اكتشاف جرثومة الملاريا (الهيماتوزوئر) الا الدكتور لاوران الافرنسي في عام ١٨٨٠ وقد اهتدى الى اكتشافه هذا عند بحثه في الدم عن كريات بيضاء تحتوي على نواة وحبيبات من صباغات قاتمة كان قد عثر عليها في المصابين بالملاريا وقد لاحظ ذات يوم ان هناك خلايا اخرى تشابهها ولكنها تختلف عنها جليا بعدم احتوائها على النواة ففكر في ان هذه الخلايا القاتمة والعديمة النواة يجوز ان تكون طفيلي الملاريا نفسه وقد زال آخر ما كان يخامره من الشكوك في حقيقة رأيه هذا عندما شاهد وهو ينظر مليا الى تلك الخلايا (التي نعبر عنها اليوم بالميكروغامتوسيت) ان استطالة متحركة برزت من محيطها بغتة ثم انفصلت عنها وبهذا لم يبق لديه شك في ان تلك الخلايا لم تكن سوى طفيليات الملاريا . ثم كتب عن اشكال الهيماتوزوئر الاربعة الاساسية : الاجسام الكروية ، والاجسام الوردية والاجسام الهلالية والاجسام الخيطية ولم يكد يذيع اكتشاف لاوران هذا حتى اخذت آراء العلماء تتضارب حول حقيقته في فرنسة وايطاليا فمنهم من سلم به ومنهم من نقضه الى ان استقر الرأي في ايطالية على قبوله بالاجماع والان يستطاع القول ان اكتشاف لاوران قد قبل في جميع العالم ولا منازعة اليوم في ان الهيماتوزوئر الذي اكتشفه لاوران هو طفيلي الملاريا الخاص .

الا ان القوم قد تنازعوا في خصوص وحدة هذا الطفيلي وان اغلب المؤلفين قبلوا ان يكون للهيماتوزوئر ثلاثة انواع مختلفة عن بعضها اختلافا بينا . وهناك نظريتان احداهما تقول بوحدة الطفيلي والاخرى بتعدده نذكرهما فيما يلي مع الحجج التي يقيمها كل من اشياع النظريتين لاثبات مدعياتهم .

نظرية وحدة طفيلي الملاريا

ان صاحب هذه النظرية الدكتور (لاوران) يعتقد ان الملاريا تتولد من وجود الهيماتوزوئر في الدم . وهذا الهيماتوزوئر كثير الشكل و يوجد باربعة اشكال هي :

(١) الاجسام الكروية

(٢) اجسام وردية وهي عبارة عن اجسام كروية قد بلغت اقصي حدها من النمو ومنقسمة الى بضعة اقسام اذا انفصلت عن بعضها كانت منها الاجسام الكروية

(٣) اجسام خيطية (Flagella) وقد سماها المتأخرون باسم ميكروغامت (Microgaméte) ولا ترى الاجسام الا في الدم الطرى ولا تظهر للعيان الا بعد خروج الدم من الاوعية بربع ساعة . قد شبهت هذه الخيوط بالمقرعة (كرباج) وهي تخرج من محيط الاجسام الكروية وتتمتع بحركة نشيطة وعددها في كل جسم كروى يتراوح بين ال ١—٤ ويصعب جدا ادراك هذه الخيوط بالنظر لانها شفافة جدا . وتنفصل في وقت معين عن الاجسام الكروية وتعيش اذ ذاك بصورة مستقلة .

«٤» اجسام هلالية : وهي اجسام اسطوانية منحنية من طرفيها بشكل هلال . وقد يكون انحناؤها غير ظاهر

او معدوما فتكون حينئذ كاجسام اسطوانية او بيضية او مدورة والاجسام الهلالية تحتوي عادة على حبيبات تتمركز في وسطها . و يشاهد غالبا ان طرفي الهلال يتصلان بخيط رفيع جدا فيصبح اذا مشابها للطاق وتكون الاجسام الهلالية سائبة في الدم بخلاف الاجسام الكروية التى تكون دائما متصلة بكريات الدم او داخلة فيها .

والبراهين التى يستند اليها لاوران في اثبات وحدة الهيمانوزوئر هي :

اولا ان في البلاد الحارة ، حيث تكون الملاريا في اقصى شدتها ، تبدأ الحمي في كل وقت تقريبا بشكل مستمر ثم تكتسب شكلا متقطعا منتظما اوغير منتظم فيظهر من هذا ان المرض يتطور ويكتسب اشكالا مختلفة في نفس المريض في حين انه قد انتشل نفسه من عدوى جديدة بتركه الاماكن التى يستوطن فيها المرض . ويجيب انصار تعدد الطفيلي على هذا الدليل ان العدوي الاولى كانت قد حصلت بانواع عديدة من الطفيليات بدلا من ان تكون بنوع واحد منه .

ثانيا : يظهر من التشريح المرضي ان التغيرات التى تحصل في الدم والطحال بتأثير الملاريا هي واحدة في اى شكل كان منها و يتضح عند المعالجة ان الكنين يؤثر في جميع اشكال الملاريا وهذا ما يؤيد كون الطفيلي واحدا لا غير . و يدعي خصوم هذه النظرية ان الكنين عديم التأثير عَلَى الاشكال الطفيلية الهلالية التى توجد في نوع الملاريا الاستوائية وبذلك يفندون البراهين التي ادعم بها لاوران نظريته القائلة بوحدة طفيلي الملاريا .

ومع ذلك فكثير من العلماء قد ناصروا نظرية لاوران بمشاهدات تثبت ان الملاريا تتطور في المصاب الواحد من شكل الى آخر فى ازمان متتابعة في حين ان العدوى واحدة وان الحمى الغب قد تتحول الى حمي ربع وهذه الى حمى استوائية وهكذا والظاهر ان هيماتوزوئر الملاريا يتطور في بدن الانسان ولكن هذا التطور الغريب لم يزل في طي الخفاء ولم يطلع احد عَلَى كيفية وقوعه . هذه نظرية لاوران التى تتلخص في ان للملاريا طفيليا واحدا ولكنه يظهر باشكال مختلفة ذكرناها فيما سلف

نظرية تعدد طفيلي الملاريا:

ولدت هذه النظرية في ايطاليا بمساعى غراسى (Grassi) وغولجى Golgi وقد اتفق عَلَى قبولها علماء الارض اجمع . ومبنى هذه النظرية هو ان للملاريا انواعا عديدة من الطفيليات كل يعمل عَلَى توليد نوع خاص من الملاريا .

وقبل الشروع بشرح هذه النظرية يحسن بنا ان نطلع القاريء عَلَى الاصطلاحات الطبية التى تطلق عَلَى كل من مراحل نمو الهيمانوزوئر في الدم في جميع انواع الهيمانوزوئر .

(١) الحلقة Anneau «*» هي شكل طفيلى صغير جدا يشبه الخاتم وتتكون الحلقة من شريط من البروتوبلاسم وتحتوي عَلَى نواة تدعى كاريوزوم Caryosome وتكون هذه النواة تارة موضوعة في وسط الحلقة فتجعل الهيمانوزوئر مشابها للمقلة ويكون الكريوزوم بمثابة الحدقة وتارة تكون النواة موضوعة عَلَى حافة الحلقة نفسها فيصبح الشكل مماثلا للخاتم تماما والنواة تكون حينئذ بمثابة حجر الخاتم .

«*» وتدعى ايضا Schizont Annulaire

والحلقة تدل على شكل الهيمانوزوئر وهو في اول مرحلة من حياته الطفيلية فوق الكريوة الحمراء وتنشأ من شكلين كاملين « ١ » السبوروزوئيت Sporozoïte ويوجد في البعوض وينتقل الى الانسان بواسطة العض « ٢ » الميروزوئيت Merozoïte وهو ما يحصل من تمزق الاشكال الوردية فى داخل الدم .

«٢» الشيزونت الصباغي Schizonte Pigmentè تدل هذه الكلمة عَلَى شكل من الهيمانوزوئر اكمل قليلا من الحلقة ويتكون منها ان تنمو الحلقة رويدا رويدا وترسب فيها حبيبات صباغية مقتمة «Melanique» ويستحيل الكريوزوم الى خيط او ينفصل عن جسم الحلقة فتصبح الحلقة والحالة هذه مشابهة للاميب فيطلق عليها اسم الشيزونت .

«٣» التورد «*» اوالشيزوغوني Rosace Ou Schizogonie : يتجزأ الكريوزوم الى بعض الاجزاء وتذهب هذه الاجزاء الى المحيط وتتجمع الصباغات المقتمة في المركز وتنقسم الكرة الى اقسام يساوي عددها عدد اجزاء الكريوزوم فينشأ عن ذلك جسم وردى مركب من عدة اجسام متلاصقة . فتكاثر الخلية الواحدة بالانقسام عَلَى هذه الطريقة يدعي بالشيزوغونى .

(٤) الميروزوئيت Merozoïte تتألف هذه الكلمة اليونانية من لفظتين : ميروس ومعناها (قسم) وزوئوس ومعناها (الحيوان)ونطلق عَلَى كل جزء ينفصل من الجسم الوردي وعليه فان الميروزئيت يتكون من جزء من الكريوزوم محاط بالبروتوبلاسم وهو الذي يتجه نحو الكريوات الحمراء السالمة و يسطو عليها بعد انتثار الجسم الوردي الذي نشأ عنه . واذا ما دخل الكريوة الحمراء ولد هناك حلقة جديدة .

فيتضح مما اسلفناه ان حياة الهيمانوزوئر اللاتناسلية تتلخص في تطوره الى الاشكال الآتية : الحلقة ، الشيزونت الصباغي، التورد ، الميروزوئيت .

(الغامت)Gamétes : لا ينبغي لكل حلقة ان تستمر متدرجة في مراحل الحياة اللاتناسلية التى ذكرناها بل ان منها ما يرتقي الى سلم الحياة التناسلية . فتتميز هذه الحلقات بكثافة البروتوبلاسم التى تتكون منها وتتلاشى حويصلاتها الغذائية رويدا رويدا وتحل محلها كتلة من الكريوزوم تسكن مركز البروتوبلاسم او محيطها . والاجسام التي تتكون على هذه الصورة تدعي باسم (الغامت) وهي عناصر معدة لانتاج الطفيلي بالتناسل ويجب عليها ان تتابع سيرها في مراحل النمو في جسم البعوض . و يوجد منها نوعان: الماكروغامت (Macrogaméte) وهو العنصر المؤنث المستعد للالقاح والميكروغامتوسيت (Microgamétocyte) وهو العنصر المذكر . والعنصر الاول يتولد عادة من الاخير .

ويختلف شكل الغامت بحسب عرق الهيمانوزوئر الذي ينتمى اليه فهو كروى فى حمى الغب والربع وهلالي فى الحمى الاستوائية .

فبعد ان بسطنا هذه الاصطلاحات يستطيع القاريء ان يتبعنا في تعريف انواع الهيمانوزوئر الثلاثة التي اتفقت عَلَى قبولها اكثرية الاطباء . وقدعدلنا عن وصف الحركات التي يبديها الهيمانوزوئر الحي وهو

«*» استعملنا هذه الكلمة للدلالة على الشكل اذا اصبح مماثلا للورد

يتنقل فوق الكر بوة الحمراء تلك الحركات التى نشاهد فى الدم الطرى حين وضعه تحت المجهر بين زجاجتين وسوف يكون بحثنا مقتصرا عَلَى ذكر اوصاف الهيماتوزوئر في الدم الملون باحدي الملونات المشهورة ·

ينقسم الهيماتوزوئر الى ثلاثة انواع (١) بلاسموديوم ملاريا (Plasmodium Malaria) (٢) بلاسموديوم فيفاكس (Plasmodium Vivax) (٣) بلاسموديوم فاليسباروم (PlasmodiumFalciparum) ·

(١) البلاسموديوم ملاريا (PlasmodiumMalaria : هو اسم اطلق عَلَى الحوين *« الدموي الباعث لحمى الربع «**« وهو الذى يندر العثور عليه في الدم المصاب بالملاريا ووجوده يدل عَلَى عدوي قديمة والكريات الحمراء المحملة به لا يطرأ عليها اي تغير كان ·

ويمكن العثور عَلى جميع اشكال هذا الطفيلى في الدم المحيطي وتكون حلقاته كبيرة نسبة ولكن يصعب تمييزها عن حلقات حمى الغب ويكون شكله الثاني اى الشيزونت الصباغي (Schizonte Pigmeeté) عَلَى نوعين بيضى متلون بانتظام اذا كان متوسط الحجم · وشريطي موضوع مستعرضا فى الكر بوة الحمراء اذا كان كبيرا · ويكون شكله الثالث اى الوردى محتويا على ٨ الى ١٠ من النواة وشكله الرابع اى الغامت يختلف حسب نوعه فاذا كان انثي فهو كروى مفعم بالبروتوبلاسم والصباغات وله كريوزوم كبير موضوع فى محيط الكرة واذا كان ذكرا فهو باهت ويسكن كريوزومه فى وسط الكرة ·

ويتم تشخيص البلاسموديوم ملاريا اجمالا بالاوصاف التالية (١) تمكث الكر بوة الحمراء التى تحمله بمعزل عن التغيير اى لا تطرأ عليها الضخامة ولا ترسب فيها حبيبات كما يقع في العدوى الناشئة عن البلاسموديوم فيفاكس · (٢) يشبه الشيزونت الصباغي شريطا منتظما موضوعا مستعرضا فى الكر بوة الحمراء (٣) يكون عدد الميروزوئيت الذى يوجد فى شكل وردي يساوى ٨ او ١٠ ·

(٢) البلاسموديوم فيفاكس PlasmodiumVivax هو هيماتوزوئر حمى الغب وهو الذي يعثر عليه في اغلب الاحيان في الملاريا المزمنة ولاسيما في انتكاساتها الربيعية

اذا وجد هذا الطفيلي في احدي الكر بوات الحمراء يبعث فيها آفات خاصة هي : (١) ضخامة الكر بوة الحمراء فتظهر هذه وكانها منتفخة (٢) تغيير شكلها الدائرى فتصبح مركنة بدلا من ان تكون مدورة (٣) احتواؤها عَلَى حبيبات دقيقة تدعى بحبيبات شوفنر Schüffner وقد لا ترى هذه الحبيبات اذا كان تلوينها معيبا ولكن لابد ان ترى الآفتان الاوليتان بكل وضوح ·

وتوجد جميع اشكال هذا الطفيلى في الدم المحيطي : وشكله الاول اي الحلقة يشابه نظيره في حمي الربع ولكن الكر بوة الحمراء التي يوجد فيها تحتوى منذ الآن عَلَى حبيبات شوفنر المعروفة ·

وشكله الثاني اي الشيزونت الصباغي لا يكون عَلَى مثال ثابت فله اشكال متعددة وكثيرا ما يكون مضطربا فكأنه وقد فوجئ بجفاف الدم وهو منهمك باعماله بكل

«*» اى الهيماتوزوئر Hematozoaire

«**» Fievre Quarte

نشاط فمكث فى وضع غير وضعه الطبيعي · وتكون بروتوبلاسمه الزرقاء شفافة في بعض المواضع فتظهر هذه المواضع وكأنها اجواف ·

وشكله الثالث اى الوردي قد يحتوى عَلَى عشرين قطعة من الميروزوئيت واما الشكل الرابع وهو الغامت فقد يوجد حتي في دور الحلقة ويعرف الغامت الكهل بضخامة كريوزومه الذي يكون محيطيا في الانثي ومركزيا في الذكر وفضلا عن ذلك فان الغامت المؤنث له بروتوبلاسم شديدة الزرقة في حين ان هذه في الغامت المذكر تكون زرقاء باهتة ·

ويتم تشخيص البلاسموديوم فيفاكس اجمالا بالاوصاف التالية: (١) بتغيير الكريوات الحمراء وتنحصر هذه التغيرات فى الضخامة والتركن [بمعنى ان الكريوة تكون مركنة بدلا من ان تكون مستديرة] ووجود حبيبات شوفنر (٢) بشكل الشيزونت الصباغي الذي يكون مضطربا عديد الصور (٣) بعدد الميروزوئيت الذي ينفصل عن الشكل الوردي ويبلغ العشرين ·

(٣) البلاسموديوم (*) فالسيباروم Plasmoduim Falciparum لاتوجد جميع اشكال هذا الهيماتوزوئر في الدم المحيطي بخلاف ماتكون الحالة في البلاسموديوم ملاريا والبلاسموديوم فيفاكس ولا يوجد من اشكال البلاسموديوم فالسيباروم في الدم المحيطي سوى الحلقات والغامتات الهلالية وبصورة عامة لاترى الا الحلقات وهذه الحلقات تكون اصغر من حلقات البلاسموديوم ملاريا والبلاسموديوم فيفاكس غير انها اكثر عددا حتى ان في بعض الاحيان تحتوي الكريوة الحمراء الواحدة عَلَى حلقتين اوثلاث ·

وتبقى الكريوات الحمراء في حجمها الطبيعي ولكنها تحتوي عَلى علامة خاصة تدعي ببقع ماورير Taches De Maurer وتتميز هذه البقع عن حبيبات شوفنر بكونها اكبر حجما واقل عددا فيخالها الناظر وكانها اشكالات نقشت في محفظة الكريوة الحمراء بمرور الهيماتوزوئر من فوقها او بمحاولته النفوذ الى باطن الكريوة

ولاجل النجاح في تلوين بقع ماورير ينبغي وضع التحاضير الدموية في السوائل الملونة ساعة على الاقل ·

والغامت في الحمي الاستوائية يمتاز بشكل خاص يشبه الهلال ومن ذلك نشأت صفة (فالسيباروم) التي يوصف بها بلاسموديوم حمى الغب الخبيثة ويحتوي مركز الهلال عَلَى كتلة من الصباغات القاتمة · وتحيط بالهلال محفظة رقيقة يمكن تلوينها بطرق خاصة ويرتبط غالبا بحافة الهلال المقعرة قرص يدل عَلَى بقايا الكريوة الحمراء التي افترسها ·

ويعرف الغامت المؤنث (او الماكروغامت) بلون البروتوبلاسما الازرق والكروماتين الذي قد تجزأ الى حبتين او ثلاث حمراء اللون تسكن وسط الصباغات القاتمة المركزية ·

(*) يدعي هذا الطفيلي باسماء عديدة من غير ما ذكر اشهرها :

(١) هيماتوزوئر الحمي المردم او المواظبة او الاستوائية : Hematozoair De LaFiévre Tropicale

(٢) تحت الثلاثية او الثلاثية الخبيثة : Subtierce OuTierce Maligne

والغامت المذكر (او الميكروغامتوسيت) لهبروتوبلاسما وردية اللون ويتوفر فيه الكروماتين فيوجد من هذه المادة مقدار اكثر مما يكون في الغامت المؤنث فتتألف منها كتلة واحدة كبيرة او كتلات عديدة صغيرة موضوعة في الصباغات القاتمة المركزية ٠

ولا يتكون الغامت في مبدأ الحمى الاستوائية بل ان ظهوره في الدم المحيطي لايتم الا بعد بدء الحمى ببضعة اسابيع ولذلك فانه تشخيص البلاسموديوم فالسيباروم لايتيسر فى بادئ الامر الا بمشاهدة الحلقات الصغيرة فى داخل الكريوات الحمراء التي يمكن تمييزها عن حلقات باقي اشكال الهيماتوزوئر واذا وجد الغامت فلا تبقى اذا حاجة للجهد الكثير فى وضع التشخيص لسهولة معرفته ٠

هذه انواع الهيماتوزوئر الثلاثة التى يدعي ارباب تعدد الطفيلى انها مستقلة عن بعضها ويدعي (لاوران) وهو زعيم الوحدة الطفيلية انها اشكال لأصل واحد والفئة التى تدعى بتعدد طفيلى الملاريا تستند ايضا الى براهين يحسن بنا ذكرها هنا اتماما للفائدة واشهر هذه البراهين هى نوعية كل صنف من الهيماتوزوئر وكيانه الخاص الذي ثبت بالاختبار بتطعيم الانسان ٠ وفعلا عندما يجري تطعيم شخص سليم بدم ملوث بجراثيم البلاسموديوم فيفاكس تتكون دائما فى ذلك الشخص نفس العدوى ويتم نظيرهذا عند اجراء التطعيم بالبلاسموديوم فالسيباروم ومجمل القول ان هناك كيانا خاصا لكل نوع من الهيماتوزوئر وكل من هذه الانواع يولد نظيره اذا حقن وهذا من اقوى الحجج التى تفند مذهب وحدة جراثيم الملاريا واما ادعاء ارباب الوحدة الجرثومية من ان الملاريا قد تكون فى بدءها من نوع ثم تنقلب اخيرا الى نوع آخر فيمكن تعليله بان التلقيح من البعوض قدتم بنوعين من الجراثيم ٠

٢ — حياة الهيماتوزوئر التناسلية او حياته فى جسم البعوض

ان مسئلة انتقال عدوى الملاريا بواسطة البعوض لم تحسم دفعة واحدة بل انها مرت من اطوار عديدة وقطعت سلسلة من المراحل مما يؤيد ان اكتشافا عظيما مثل هذا يحتاج الى همة عدد عظيم من العلماء ٠

ولزيادة الايضاح قسمنا تاريخ هذا الأكتشاف الى ستة ادوار ٠

الدور الاول : نظرية لاوران ٠ — بعد ان ظهر للوجود ان الهيماتوزوئر هو سبب الملاريا واستقر الرأي على ذلك اتجهت المساعي نحو البحث عن هذا الطفيلى فى البيئة الخارجية وخاصة فى مياه المستنقعات لانهم انما زعموا انه يدخل الى بدن الانسان عن طريق الفم وقد فشلت تلك المساعي الطويلة وذهبت ادراج الرياح وظل الهيماتوزوئر كائنا خفيا يكتنفه ستار من الظلمات وكان (لاوران) اول من اوحى اليه ان كائنا رقيقا كالهيماتوزوئر لايجوز ان يعيش فى الغبراء بل يحق ان يكون متطفلا على جسم حيوان آخر ٠ ومن ذلك اخذ يتهم البعوض ولم يبق بينه وبين اكتشافه الا خطوة واحدة وقد قطع لاوران تلك الخطوة وبنى نظريته على البراهين الاتية :

« البعوض الذي يكثر فى الانحاء الملوثة بالملاريا ، يتلاشى فى المرتفعات والنجاد حيث تخمد جذوة الملاريا

« في القسطنطينية يكثر البعوض في وادي الروملي القذر و يتلاشي فى هضاب المدينة الطاهرة » ٠

« الاحياء التى تكون في وسط مدينة روما طاهرة لانها تكون بمعزل عن البعوض »

« ان استنزاف المياه من الارض وتجفيفها يمنع الحمي و يلاشي البعوض معا »

« ان المياه الجارية تمانع حدوث الملاريا ونموها ٠ وبالعكس فان المياه الراكدة مساعدة جدا لنموها كما انها تساعد على ايواء البعوض »

«ان الحمى لا تفتك الا في المواسم التي يكثر فيها البعوض وفي باقى السنة لا يظهر من الحمي الا حوادث النكس »

« لا يكون المرء عرضة لاصابة الملاريا الا في الليل ٠ وفى الليل يصير البعوض اشد فتكا بفريسته »

« من الخطر ان ينام المرء على الارض في مواطن الملاريا . وقد لوحظ ان طبقات الدور العليا هي انفع للصحة من الطبقات الوسطي او الارضية وفي الحقيقة ان البعوض يكثر خاصة فى جوار الارض »

« يشتد الاستعداد للاصابة بالملاريا كلما كان الجلد رقيقا ناعما والاطفال هم الذين يقاسون آلام البعوض وهم اكثر اصابة بالملاريا من الكهول »

و يضاف الى هذه الادلة التي استند اليها لاوران دليل آخر دعم به نظريته وهو ان (مانصون) اكتشف مرضا (الفيلاريوز Filiariose) ينتقل الى الانسان بواسطة البعوض ٠

الدورة الثانية : ابحاث باثولوجيا المقابلة ٠ — اوفد الدكتور روس Ross في عام ١٨٩٥ الى الهند للبحث في الملاريا وقد شرع هذا في البحث عن هيماتوزوئر الانسان ولكنه اضطر الى العدول عن هذا الطريق عندما رأى الصعوبات التى كانت تقوم امامه واتجه اذ ذاك الى هيماتوزوئر آخر (Protéosoma Labbé) قريب جدا من هيماتوزوئر الانسان وكان هذا الطفيلى يحدث في العصافير عدوى دموية مماثلة تماما لعدوى الملاريا فى الانسان٠

لقح روس عددا كبيرا من البعوض السنجابي الهندي بجعلها تمص العصافير الملوثة بجرثومة البروتيوزوما (Protéosoma) ثم قتل هذا البعوض فى فترات معينة ليرى تحولات الهيماتوزئر التى تمت في جسمه ٠ وقد شاهد بهذه الصورة ان خلايا متحركة (Zygotes) نشأت في معدة البعوضة وكانت هذه الخلايا تخترق الغشاء المخاطي وتكبر حتى تنتهي اخيرا بتكوين بضعة اورام كيسية صغيرة ٠ وهذه الاكياس كانت تنفتح باوقات معينة في جوف الحشرة العام وتلقي فيه عددا كبيرا من خيوط جرثومية (تسمى اليوم سبوروزوئيت Sporozoïtes) وهذه الجرثومية تتجمع بعد ذلك في الغدد اللعابية بحيث ينبغي ان يكون تلقيح العصفور على الوجه الاتي : عندما يعض البعوض حيوانا فانه يفتح جرحا يلقي فيه الخيوط الجرثومية التي سبق ذكرها ولكن ينبغى ان يلقي مع هذه الخيوط شيئا من اللعاب في آن واحد ٠ وقد اوضح روس حقيقة طريقة العدوى هذه التى يتم بها انتقال ملاريا الطيور بتلويث العصافير السليمة (اى العصافير التى لم

يكشف فيها البحث المجهري اي جرثومة كانت من الهياتوزوئر) بواسطة البعوض المربى بطريقة صناعية والملوث بعدوي الملاريا بوخزه عصافير حاملة لجرثومة المرض. والعصافير التى تتصل بها العدوي بهذه الصورة يحتوي دمها نفس البروتيوزوما (Proteosoma) التي توجد عادة في دم العصافير فيما لو اصيبوا بملاريا الطيور اصابة ذاتية ·

الدورة الثالثة : مواطن انواع البعوض المختلفة، ناموس غراسسي ، الملاريا والانوفلين · — قد ظل الدكتور غراسسي (Grassi) يسيح في جميع انحاء ايطاليا للبحث عن مواطن اصناف البعوض المختلفة ولاحظ ان جميع بؤر الملاريا هي فى ذات الوقت مراكز بأوى اليها نوع خاص من البعوض يعرف بنوع الانوفلين (Anop-héline) وفي الاماكن التى لا يوجد فيها هذا النوع لا توجد الملاريا هذا هو قانون غراسسي الذي ينص بوجود الملاريا والانوفيلين وكان هذا القانون موضوع بحث واسع في جميع انحاء العالم وقد سلم الكل بحقيقته

ولم تكن جميع انواع الانوفلين مستعدة لنقل الملاريا بصورة متساوية بل هناك انواع منها لا تقوم بنقل العدوي وقد وجدت في الاماكن التى كان المرض متوطنا فيها قديما انواع من الانوفيلين قد تحقق اليوم انها عقيمة لم تنقل الملاريا وذلك من المحتمل لكونها لم تتلوث بجراثيم الملاريا حينما تعض المصاب بهذا المرض. فاذا كان قانون غراسسي صحيحا يجوز القول بان « لايمكن وجود الملاريا بدون الانوفيلين » ولكن ليس الامر على شئ من الحقيقة لو عكسنا هذه العبارة وقلنا ان « يمكن وجود الانوفيلين بدون الملاريا » ·

ومع ذلك فان قانون غراسسي قد خدم الفن خدمة عظيمة لانه حصر جهود الباحثين فى نوع واحد من البعوض وهو الانوفيلين ووقاهم عناء البحث عبثا في النوع الاخر وهو الكوليسين (Culicine) الذى يظهر انه عديم التأثير فى نقل الملاريا ·

الدورة الرابعة : انتقال عدوي الملاريا تجربة من الانسان المصاب الى البعوض · — قد اتضح في هذه الدورة ان الاثاث التجربية عن عدوي البعوض ينبغى ان تتجه رأسا وبلا تردد نحو الانوفيلين وقد امكن في هذه المرة تعيين المراحل التى يقطعها الهياتوزوئر في حياته التناسلية والتجارب التى اجريت فى كل جهة اثبتت الامر الذى كان فى عالم الفرضيات وهو ان تطور هيموتوزوئر الانسان في مراحل التقدم يتبع نفس الادوار التي يقطعها هياتوزوئر الطيور الذي بحث عنه (روس) · واليك بيان ذلك :

اذا اخذت بعوضة من نوع الانوفيلين وقد فرغت توّا من امتصاص دم المصاب بالملاريا ووضعتها فى جو تساوى حرارته ٣٠ درجة بمقياس سنتيغراد وتعقبت تطور الهياتوزوئر فى جسمها ساعة بعد اخرى فانك تري ما يأتي :تري الميكروغامتوسيت (١) وهو يصدر من محيطه استطالات خيطية تشبه المقرعة او السوط ومن ذلك اسمها فى اللاتينية (الفلاجالوم) (٢) وتدعى هذه الاستطالات

(١) Microgamètocyte اجسام هلالية او كروية بحسب نوع الحمى المصاب بها المريض هذه الخلايا هي منبع عنصر التذكير ·

(٢) Flagellum معناه المقرعة اي الكرباج ·

ايضا باسم الميكروغامت (١) ثم تنفصل هذه المقرعات وتذهب لتلقيح الماكروغامت (٢) (اجسام كروية او هلالية) فيتحول هذا الى جسم ثان يدعى (اوكينت) او (زيغوت) (Ookinéte Ou zygote) ويتجه هذا الجسم الى جدار المعدة العضلي حيث يسكن هناك · وتحتاج هذه التحولات الى ٢٤ او ٤٠ ساعة · والزيغوت هو جسم كروي صغير في بادئ الامر ثم يكبر شيئا فشيئا حتى اذا بلغ اليوم الرابع وجد في التحاضير الملونة ان نواته الاصلية قد انقسمت الى عدة نوي ثانوية واذا بلغ اليوم السادس اصبح كيسا حقيقيا بارزا من جدار المعدة نحو التجويف العام وفي هذه الحالة يري ان كل نواة فى الكيس قد تحولت الى اسبوروزوئيت (Sporozotïe) وعند اليوم السابع او الثامن يتمزق كل من هذه الاكياس و يفرغ محتوياته في جوف البعوضة العام وتلك المحتويات هي اسبوروزوئيتات يساوى عددها عشرة آلاف في كل كيس · ولما يدخل السبوروزوئيت فى التجويف العام يتجه نحو الغدد اللعابية ومن هنا تخرج هذه الجرثومة وتنتقل بواسطة عضة البعوضة الى دم الانسان رأسا · واذا وثبت هذه الجرثومة (السبوروزوئيت) الى التيار الدموى فانها تلصق حالا باحدي الكريات الدموية الحمراء وتبدأ من هنا حياتها اللاتناسلية في جسم الانسان ·

الدورة الخامسة : انتقال عدوي الملاريا تجربة من البعوض المعدي الى الانسان السليم · — قد ثبت بالاختبار انه من الممكن نقل عدوي الملاريا الى الانسان مباشرة بواسطة حقن دم المريض في اوردة الشخص السليم الا ان هذه الاختبارات لا قيمة لها بالنظر الى مسئلة الوقاية . واما الاختبارات التي يقصد بها نقل عدوى الملاريا مباشرة بواسطة البعوض الملوث فانها بالعكس على جانب عظيم من الفوائد العملية من حيث انها تثبت اعمال البعوض الضرورية لتوليد مرض الملاريا · وقد اجريت في ايطاليا تجارب عديدة لنقل الملاريا من البعوض الملوث الى الانسان بواسطة العض ونجحت هذه التجارب مرات عديدة الا انها لم تسلم من الانتقاد ويدعي منتقدوها ان تلك التجارب قد تكون مغلوطة لانها اجريت في بيئة ملوثة بالملاريا ولم تسلم من الانتقاد الا تجربة مانصون (Manson) التى اجراها في لندن عام ١٩٠٠ على ولده الخاص وعلى رجل يدعى واررين (Warren) · وقد جلب مانصون من ايطاليا بعوضا من نوع الانوفلين قد اتصلت بها عدوي الملاريا من مصابين بحمي الغب ودعاها توخز الشخصين المتطوعين المذكورين آنفا وكان هذان الشخصان سالمين من اي اصابة سابقة بالملاريا ولذلك كانا خير وسيلة لاجراء التجربة وقد اسفرت التجربة في كليهما عن اصابتهما بحمى الغب ووجود الهياتوزوئر فى دمهما·

وقام منذ تجربة مانصون هذه عدد كبير من الباحثين بتلقيح الملاريا فى الانسان بواسطة البعوض وقد اسفرت التجارب عن النجاح في جميع انحاء العالم ولم يبق لدى احد شك فى ان الانوفلين هو الوسيط الخاص الذى ينقل

(١) Microgaméte وهو عنصر التذكير

(٢) Macrogaméte وهو عنصر التأنيث

جراثيم الملاريا من المريض الى الصحيح ٠

الدورة السادسة :هل الانسان هو المستودع الوحيد لجراثيم الملاريا ؟٠ — الذي يظهر من ابحاث (غراسي) ان الانسان الملوث دمه بجراثيم الملاريا هو المستودع الوحيد الذي يحفظ جراثيم المرض٠ ومن هذا المنبع تتلوث دائما انسال البعوض التي تتكون فى موسم الربيع ٠ الا ان هناك بعض المشاهدت قدجعلت الباحث يعتقد ان هذه المسئلة ليست مسئلة بسيطة ٠ وفى الحقيقة يوجد بعض المناطق وخاصة الاحراش التي لم يأو اليها بشر ومع ذلك هي من اعظم بؤر الملاريا بحيث ان المرء اذا اقام هناك بضعة ايام اخذته حمي الملاريا بدرجة وخيمه ٠ اذن من هذا الحيوان الذي يحفظ فى جسمه جراثيم المرض؟ ٠٠ هناك نظريتان تجيبان على هذا السؤال اما ان يكون الهيماتوزوئر طفيليا قابلا للانتقال من بعوضة الي اخري واما ان يكون هناك حيوان من غير الانسان يقوم بمثابة مضيف متوسط للهيماتوزوئر ٠

والنظرية القائلة بانتقال العدوى من بعوضة الى اخرى هي نظرية واهية لاثبات لها امام الواقعات التي تبرهن على خلاف ذلك وهى ان الملاريا قد تتلاشى من بعض مواطنها القديمة في حين وجود بعوض غير معد فيها ٠

واما نظرية وجود مذخر لجراثيم الملاريا من غير جسم الإنسان فربما كانت اقرب للفكر ولكنها لم تقترن بالاثبات حتي الان وقد وجد ان بعض حيوانات الغاب كانت ملوثة بجراثيم الملاريا ولكن المرض ما كان ينتقل من هذه الحيوانات الى البعوض بواسطة العض كما يقع في الانسان ٠ ولذلك يقال اليوم اجمالا ان الانسان هو المذخر الوحيد لجراثيم الملاريا ٠ وان هذا المرض ينتشر الى الاصحاء من الاشخاص المصابين قديما بواسطة البعوض ٠

لها بقية

الانكيلوستوميازيس

تابع لما سبق

التشخيص ٠ — ليس من الصعب تشخيص الانكيلوستوميازيس ٠ اذا كان المريض فلاحا وقد جاء يشكو من فقر دموى وخفوق في القلب ودوار فى الرأس وضعف في الساقين فلابد وان يبحث فى غائطه عن بويضات الانكيلوستوما ٠ فاذا وجدت تلك البويضات ولم يوجد فى الجسم سبب آخر للفقر الدموي لم يبق حينئذ شك فى ان الحالة ناشئة عن هذا المرض ٠ واذا لم توجد البويضات فى حالة الفقر الدموي فى الفلاحين فلا ينبغى نفي وجود الانكيلوستوميازيس بتاتا ٠ اذ قد يقع ان الطفيلي يختفى احيانا في ادوار المرض الاخيرة بالرغم عن وجود الاعراض المنبعثة عنه او انه يتلاشي تماما بتاثير العلاج ٠ والطريقة الدارجة فى تشخيص المرض بالبحث عن البويضات فى الغائط بواسطة المجهر وحده هي طريقة غير صالحة للوقوف على شدة عدوى المرض وتختلف درجة العدوى بحسب عدد الدود الموجود فى الامعاء وما ينتجه من البويضات وافضل طريقة فى تشخيص المرض هي التي تبنى على فحص الغائط بعد اعطاء المصاب دواء دافعا للديدان وبحسب رأي الاستاذ (دار لينغ) ان الفحص المجهرى قد يستطيع من كشف المرض فى ٧٥ في المائة من الحالات التى يجري فحصها في حين ان التشخيص اذا اجري بعد اعطاء دافعات الديدان كانت تلك النسبة في نجاح البحث ٩٧ او ١٠٠ فى المائة وهناك طريقة جديدة لتشخيص المرض بواسطة البحث عن البويضات في الغائط اخترعها كلايتون لين (Clayton Lane) تعرف بعملية تعويم البويضات وجمعها فوق سطح السائل (Flotations Concentrations Technique) والغرض من هذه العملية جمع بويضات دود الانكيلوستوما فوق سطح محلول الغائط بدلا من ترسيبها وتتم هذه العملية بواسطة بارم اورحي (Cetrifuge) جهزها المخترع المذكور لهذه الغاية ويختلف هذا الجهاز عن البارم العادى في كونه عند دورانه ترتفع المواد المطلوب تحريها من قعر السائل الى اعلاه حيث تطفو في سطحه بخلاف ما يتم في البارم العادي حيث ترسب تلك المواد في قعر السائل ٠

وقد جلب هذا الجهاز الى المستشفي الملكى في اول هذا العام وبوشر في البحث عن بويضات الانكيلوستوما في غائط اي مريض يدخل الى المستشفي فكانت النتائج باهرة جدا وقد امكن بواسطة هذه الالة كشف البويضات مهما كان عددها قليلا وقد ظهر الان ان ما يربو على الثلث من مجموع المرضي الداخلين الى المستشفي هم مصابون بداء الانكيلوستوما وبذلك تيسر لنا الوقوف على مبلغ فتك هذا الداء فى الطبقة العاملة الامر الذي اوجب سوق الشكر الجزيل لمدير المستشفي الدكتور دنلوب على انتباهه الى هذه النقطة الحيوية وجلبه تلك الالة ٠

وتشخيص الانكيلوستوميازيس سهل جدا وذلك ممكن فى اول نظرة يلقيها الطبيب على المريض اذ بذلك يستطيع ان يحكم اجمالا بوجود المرض ووجوب فحص الغائط حالا اذا كان قد رأي قبل ذلك بضع وقايع منه والمصاب بداء الانكيلوستوما له سحنه خاصة لاتخفى ملامحها على الممارس وقد علمتنا المشاهدات العديدة التى مرت من امامنا في المستشفي الملكي ان نشخص المرض حالا كلما وجدنا مريضا لا سيما من الطبقة العاملة ذو وجه اصفر ليموني باهت ممتلئ بالرغم عن اصفراره يشكو من (١) دوار فى الرأس (٢) خفوق فى القلب (٣) ثقل بعد الطعام وفساد هضم (٤) ضعف في الساقين ٠

وقد لفت الدكتور دنلوب انظارنا الى نقطة تساعد الى درجة ما على تشخيص المرض وهي وجود آثار كي فوق المعدة اذ ان اغلب المصابين بهذا الداء وهم فلاحون يلتجأون الى الكي اخيرا للتخلص من الانزعاج الذي يشعرون به دائما فوق المعدة ٠

المعالجة

التيمول ٠ Thymol ٠ ادخل التيمول في عداد المواد الطبية من قبل بوزولو Bozzolo فى عام ١٨٨٠ ينبغى ان يحتمي المريض عن الطعام الخشن ويكتفى بغذاء سائل لمدة يوم واحد ويجب غسل الامعاء بمسهل ملحي قبل استعمال هذا العلاج ٠ ثم يعطى فى صباح اليوم الثاني ثلاث او اربع جرعات من التيمول المسحوق جيدا الموضوع في برشان او كبسول او من مستحلبه ٠ وتكون الجرعة الواحدة بمقدار ١٠ الى ٣٠ حبة وتبتدئ الجرعات منذ الصباح حيث تكون المعدة خالية وتتخلل بين كل جرعة واخري فترة تساوي الساعة الواحدة ٠

المستشفى الملكي   الطبيب داود نسيم

الملاريا في العاصمة

كان الاعتقاد السائد الى حد الان ان الملاريا لاتوجد في العاصمة حتى ان بعض المؤلفين البريطانيين قد ادعوا ان لاوجود لبعوض (الانوفل) في بغداد وعليه لايمكن فرض وجود الملاريا بحسب قول غراسسي (لاملاريا بلا انوفل) وفعلا قد ظهر الى الان ان المصابين بالملاريا انما هم اشخاص من خارج العراق او من اطراف العاصمة ولم يذكر احد انه عثر على وقعة حصلت في داخل بغداد الا ان هناك حادثا استلفت نظري منذ بضعة ايام وهو ان البعض من المرضى الذين كانوا يراجعوني في محل العيادة الخارجية في المستشفى الملكي قد انوا يشكون من اعراض الملاريا وعند التحقيق ظهر انهم لم يغادروا العاصمة بتاتا والبعض منهم لم يغادرها منذ خمسة اوسبعة سنوات على الاقل وقد امعنت النظر بعد ذلك في جماهير من المرضى الذى يفدون الى المستشفى في كل يوم ووجدت ان هناك عدد من اصابات المرض لايستهان به قد حدث كله في بغداد والامر الذي يستلفت النظر هو ان المصابين بالملاريا كانوا من سكنة الاحياء التي تحيط بالمدينة ولا يوجد بينهم من سكن قلب المدينة وعند ذلك فاوضت مدير المستشفى في هذا الشأن فعلمت انه هو ايضا لايعترف كل الاعتراف بالقول القائل ان الملاريا لاتتكون في بغداد ولكن ليس لديه ما ينفي ذلك القول بتاتا لذلك طلب مني ان ازوده بمعلومات عن الوقائع التي اعثر عليها ليزداد اعتقادا بصحة مشاهداتي · ومن حسن الصدف انني عثرت بعد قليل على مرضين من هذا القبيل ورفعت امرهما الى المدير المشار اليه ثم سيقا توا الى المختبر المركزى للبحث عن جراثيم الملاريا في دمهما فكان الاول وهو المدعو عبد ابن هاجر طفلا يبلغ عمره السنتين من سكنة باب الشيخ فاتضح ان دمه ملوث بجراثيم الملاريا ·

واما الثاني وهي امرأة تدعى صديقة بنت الحاج ويس لها من العمر ٣٥ وهي حامل في شهر الثالث وقد ظهر ايضا في دمها وجود جراثيم الملاريا ·

وعند ذلك وافقني مدير المستشفى على ان الملاريا توجد في العاصمة · وعلى هذه الصورة ظهر ان النظرية القائلة بعدم وجود الملاريا في العاصمة هي بعيدة عن الصحة وتناقضها المشاهدات اليومية التي لامحل لانكارها · ولما كانت هذه النقطة على جانب عظيم من الاهمية بالنظر الى مسألة الوقاية من هذا المرض قد رأيت من الواجب ان اعرضها على جمهور الاطباء وقراء المجلة الطبية ليبدوا ملاحظاتهم فيها ·

المقتبسات

عن مجلة موابيخ الطبية :

معالجة التهاب الدماغ السباتي بزرق المصل الذاتي داخل القناة النخاعية الشوكية

طالما جهلنا العامل المرضي الحقيقي لالتهاب الدماغ السباتي وطالما فقدت الوسائط الدوائية التي تهلك جرثومته في دوره الحاد وتوقف سيره المرضي ، فسوف يسير هذا المرض حسب ارادته وسوف يعمل تخريباته المعلومة في الجملة العصبية المركزية وسوف يزداد المعلولون وذوو العاهات

العصبية الناشئة عن هذا المرض الفتاك في الجمعية البشرية وبالرغم من انه لم يحصل (وباء Epidemie) شديد من هذا المرض في السنين الاخيرة فاننا لم نزل نصادف كثيرا من الوقائع المنفردة (Sparadic) في جميع انحاء العالم

ولايستثنى العراق عن ذلك فكل يوم يزداد في بغداد عدد المشاهدات الطبية لهذا المرض ولذلك نلخص فيما يلي ما رأيناه حديثا عن مداواة هذا المرض اتماما لسلسلة المقالات التي نشرناها سابقا

١ — يبحث الاستاذ (H.Pette) في مقاله عن التحولات التشريحية المرضية التي تؤدي الى حصول الاعراض العصبية التي تحصل بعد مرور الدور الحاد للمرض · ويقول ان الجراثيم تزول من البدن بعد مرور الدور الحاد وينتهي الانتان واما الاعراض التي تبقى بعد ذلك فهي ناشئة عن التحولات المرضية التي تحصل في نسيج المخ وملحقاته · ومعظم تلك التحولات تتكون على اثر اضطراب الدورة الدموية في بعض نواحي المخ بسبب ما يطرأ على جدران الاوعية الدموية من التغيرات التشريحية · فالانتان والالتهاب يولدان خرابا في النسيج العصبي ومن ذلك يحصل نسيج الغليا (النسيج المنظم العصبي) وقلة نشاط الدورة الدموية الموضعية وركودها ولذلك تصور كاتب المقال انه اذا فتش عن واسطة تعمل على تنشيط الدورة الدموية في تلك النواحي المؤوفة يتمكن حينئذ من تعديل بعض التغيرات التشريحية التى تطرأ على النسيج العصبي ويحصل بنتيجة ذلك تحسن في اعراض المرض العصبية ·

وقد بدأ اختباراته بتجربة عملها (Spatz) وهي حينما تحقن مادة ملونة داخل القناة الشوكية (من تحت العظم القفاوي) تتلون بعض نواحى معينة في المخ · وهي قاعدة المخ والشق المستعرض وحول البصلة الشحمية وعلى الحدبة الحلقوية والبصلة الشوكية والنخاع الشوكى فاذا فحص نسيج تلك النواحي شوهدت فيه آثار نشاط الدورة الدموية كتمدد الشرايين وتزايد ترشحات الخلايا الدموية ·

ولقد حصل التنبه عينه في الدورة الدموية حينما حقن في القناة الشوكية للارنب مصلها الذاتي · وكان من أثر ذلك انه حصل على تزايد شديد في خلايا المايع الدماغي الشوكي بعد زرق المصل الذاتي بمدة ٢٤ ساعة وفي بعض الحالات كانت تلك الخلايا تبلغ ٣٦٠٠٠ في السنتمتر مكعب · وكان يفحص مخ الارنب بعد هذا الزرق ببضعة ايام فيجد توسع الشرايين وتزايد ترشحات الخلايا الدموية ونشاطا في النسيج العصبي ·

ولقد حصل على النتيجة الاتية من تجاربه العديدة على الارنب : ان زرق المصل الدموى في القناة الشوكية للارنب يسبب نشاط الدورة الدموية في مخه وهذا يظهر بتزايد الخلايا في المايع الدماغي الشوكي وتزايد ترشحات الخلايا في النسيج المخي وجدران الاوعية المخية ·

وبعد اكمال اختباراته استخدم نفس التجربة لمعالجة التهاب الدماغ السباتي في البشر على الوجه الآتي ·

اخذ من وريد المريض ٣٠ سم٣ من الدم وعزل مصله ثم حقن من هذا المصل مقدار ١٠ سم٣ داخل القناة الشوكية وترك المريض مستلقيا على ظهره في فراشه لمدة ١٢ — ٢٤ ساعة ·

يحصل بعد ذلك صداع ووجع في العنق وفي بعض الاحيان قيء ودوار وترفع في الحرارة . ثم يحصل تزايد في خلايا المايع الشوكي فتبلغ ١٢٠،٠٠٠ في السنتمتر المكعب وتبلغ اقصى حدها بعد ٣ ـ ٤ ايام ثم تتناقص . ووجدانه كما زاد عدد الخلايا في المايع الشوكي ازدادت درجة التحسن في المريض .

استعمل هذه الطريقة في معالجة ٢٣ وقعة . حصل تحسن في ١٤ منها ويقول ان عدم حصول تحسن في التسعة الباقية هو ناشئ عن انسداد ثقبة ماجندي لوشكه (Foramina Magendi Luschke) وعدم سير المايع الشوكي من القناة الشوكية الى البطينات المخية وبالنتيجة يدعي ان زرق المصل الذاتي داخل القناة الشوكية في معالجة التهاب الدماغ السباتي هو علاج خاص يجب استخدامه في جميع حالات هذا المرض . لانه ينجع في شفاء اغلب الحالات .

صائب شوكت

عن المجلة الطبية البريطانية :

معالجة الرعشة الباركنسونية لالتهاب الدماغ السباتي بالنيكوتين (Nicotine)

كان يستعمل النيكوتين قبل ستين سنة شربا كعلاج دافع للتشنج العضلي في الامراض المختلفة ولذلك فكر كاتب المقال ان يجربه في معالجة الرعشة الباركنسونية لالتهاب الدماغ السباتي .

يحصل الباركنسونيزم في اغلب الحالات بعد مرور الدور الحاد لالتهاب الدماغ السباتي وعلاماته : جمود الوجه وفقدان معاني النظر وتقطع الصوت وتشنج في المشي مع قصر الخطوات وسيلان اللعاب ورعشة اليد . واكثر هذه العلامات تدل على تخرش العصب السمباثيكي

وجد كثير من المؤلفين في مخ المصابين بالتهاب الدماغ السباتي تغيرات استحالوية في الجسم المخطط وفي البقعة السوداء وتصلب وتكلس في شرايين النوة العدسية. ان التغيرات التى تتكون في هذه المراكز العلوية للمخ تمنع المخ من الاشراف على الافعال المعكسة السمباثوية الشوكية وتقييدها او تعديلها . فيتكون من ذلك تشنج العضلات . فالنيكوتين يفلج الخلايا السمباثيكية القريبة من العقد (Preganglionic) فينقطع من اجل ذلك القوس الانعكاسي السمباتيكي وبنتيجة ذلك يتناقص التشنج العضلي . وتنفع هذه المعالجة خصوصا عندما يكون المريض قادرا على اتمام الحركات الاختيارية ولكن يمنعه عن ذلك التشنج العضلي . فالنيكوتين يفلج العصب السمباتيكي ويحذف تاثيره في العضلات فيرتفع التشنج عنها بزوال هذا التأثير وتسهل حركتها .

ولكن حين اعطاء النيكوتين يجب ملاحظه ضربات القلب واحوال المريض العمومية ويجب اراحة المريض اراحة تامة في الفراش .

ولقد عولجت ١٢ وقعة نجحت المعالجة في ٩ منها . الا ان المرض كان يعود الى حالته السابقة بعد قطع النيكوتين

صائب شوكت

عن المجلة الطبية البريطانية :

معالجة ذات الرئة بحقن برمانغانات البوتاس واخذ اقراص التيروئيد

Hebbert , W . Natt

نشر في المجلة الطبيه البريطانيه مقالا في خصوص استعمال حقن محلول البرمانغانات البوتاس مع اعطاء اقراص التيروئيد داخلا في كثير من الامراض التي تحصل من التسممات الداخليه . وقد نقلنا خلاصه ذلك المقال في العدد الاول للسنه الاولى من هذه المجلة وهنا ننقل خلاصه مقال آخر عن استعمال هذا العلاج في معالجه ذات الرئه .

يقول كاتب المقال انه اجرى تجاربه مع خمسه اطباء آخرين وحصل على النتائج المفيدة بمساعدة زملائه . يوصف مرض ذات الرئة وخطورته على الحياة وعلى الاخص حيات الشيوخ الضعفاء والاطفال الصغار وهو يعتقد ان استعمال هذا العلاج سوف يؤدي الى خلاص حياة الكثيرين من المرضى المصابين بذات الرئة .

يعرض كاتب المقال عدة مشاهدات طبية نعدل عن ذكرها لكثرها وقائع شديدة من ذات الرئة عولجت بحقن محلول البرمانغانات من المعي المستقيم واعطاء اقراص التيروئيد من الفم . وكانت دائما تسقط الحرارة بعد ٢ ـ ٣ زرقات وتزول الاعراض الصدريه بعد مرور ٢ ـ ٣ ايام .

طريقة استعمال الدواء : يجب التجنب من استعمال المسهل في ذات الرئه لانه يضعف الجسم ويسبب انتقال بعض السموم المعائيه الى الدم . ولذلك يكتفى باجراء تنقيه مائيه لتنبيه الدفع الطبيعي ، وتنظيف المعي قبل حقن محلول البرمانغانات . يعمل المحلول الدوائي بوضع مقدار حبتين (٠،١٢ غرام) من برمانغانات البوتاس في قدح وواحد ونصف بنت ($1\frac{1}{2}$ Pints) من الماء الحار ويستعمل لكل حقنه مقدار نصف قدح لكل مرة . يجب اجراء الحقن ببطئ وبواسطه انبوب رقيق يوضع في المعي المستقيم ويربط بالاناء الذي يحتوي على الدواء . يكرر هذا الحقن كل ٣ ـ ٤ ساعات حسب الحاجه . فاذا كان المرض في الايام الاوليه يكفي اجراء الحقن كل ٤ ساعات واذا كان متقدما نحو ٤ ـ ٥ ايام وكان شديدا يجب اجراء الحقن كل ساعتين . وبعد رجوع الحرارة الى الدرجه الطبيعيه يعمل يوميا زرقتين فقط . ويداوم على ذلك لمدة ٤ ـ ٥ ايام اخرى .

ولن يحتاج المريض الى علاج اخر سوى اعطاء الادويه المقوية للقلب اذا حصل احتياج لذلك . وبعد زرق البرمانغانات يحصل تحسن سريع في حالة المريض بنتيجه تعادل السموم فيرجع له نشاطه وتسقط الحرارة وفي اكثر الحالات لم تحصل حاجه لاعطاء اقراص التيروئيد . بل كان يكفي حقن البرمانغانات لشفاء المرض .

عن مجلة جمعية امراض البلاد الحارة البريطانيه :

معالجه الطاعون بحقن (باير ٢٠٥)

(Bayer . 205)

N . A . Dyge . Sharp

تفشى الطاعون عام ١٩٢٤ في Lagas من بلاد Nigeria وكانت نسبة الوفيات به ٨٠ في المأة . وقد استعملت وقتئذ انواع الوسائط العلاجية كالمصل المضاد للطاعون ومحلول اليود ثم الزئبق وحامض الفنيك الخ . ولكن لم تحصل نتيجه مهمه من حقن هذه المواد الدوائيه .

واخيرا استعمل المؤلف علاج (باير ٢٠٥) الذي كان قد ارسل له لاجل للتجربه وحصل على نتائج مهمه من ذلك .

استعمل هذا الدواء في معالجه ١٢ وقعه . ثلاث منها كانت معدومة الرجاء . ولذلك لم يفلح فيها هذا العلاج . وقد فشل العلاج فى مداواة مريضه عجوزة في نحو الثمانين من العمر لم تقو على مقاومه المرض . اما الثمانيه الباقيه فقد اسفر فيهم العلاج عن شفاء قطعي وسريع .

والمقدار الذي يستعمل من علاج (٢٠٥) هو ٠:٢٥ غرام او خمسه حبات (5 Grains) وكانت تهبط الحرارة بعد ١٢ ـ ٧٤ ساعه من استعماله وفى اغلب الحالات تكفي حقنه واحدة لشفاء المرض .

(المجلة الطبيه البغداديه) — ننقل هذه المشاهدة الطبيه الى القراء الكرام لاهميه الطاعون في هذه البلاد وتعاقب تفشيه في كل سنه ونأمل ان يجلب هذا الدواء ويستعمل خاصه في مستشفى الاعتزال حيث يؤمل منه فوائد صحيه . ونطلب من طبيب مستشفى الاعتزال ومن دائرة الصحه ان تبين لنا الوسائط الدوائيه التي استعملت والنتائج التي حصلت عليها في معالجة الطاعون ليطلع قراء المجلة على ذلك .

ص . ش

عن مجلة مونيخ الطبيه :

قلع الشعر (Epilations) في القرع بواسطه

التاليوم Thalium

الاستاذ (بوشكه)

يذكر كاتب المقال انواع القرع ومنها التريكوفيسى Trichophytie والسعفه Favus وشفاء هذه الانواع من القرع لايمكن من دون قلع الشعر واسقاطه . ولقد استعملت وسائط عديدة لهذه الغايه احدثها واهمها اشعه رونتجن . وكانت هذه الاشعه الواسطه المؤثرة الوحيدة التى تستخدم في معالجه القرع . ولكنها لم تسلم من المحاذير كسائر الوسائط الدوائيه . ومن جملة تلك المحاذير

(١) عدم سكون الاولاد الصغار حين تطبيق الاشعه .

(٢) احتمال الافراط في تطبيق الاشعه والعوارض التى تنشأ من ذلك

(٣) احتمال عدم نبات الشعر مرة ثانيه في تلك الناحيه وهذه مهمة للغايه من الوجهة الاجتماعيه وبالاخص اذا كان المريض من الجنس اللطيف .

(٤) يحصل في بعض الاحيان من تطبيق اشعه X دوار وبعضا تقرحات فى الجلد والتهاب الادمه Dermatitis)

(٥) عدم وجود موسسه اشعه رونتجن فى جميع البلدان وخاصه في البلاد الفقيرة التى يكثر فيها هذا الداء .

ولذلك دعت الحاجه الى البحث عن دواء يمكن تطبيقه بسهولة من قبل جميع الاطباء وغير حائز على المحاذير المذكورة آنفا . وقد وجدت ادويه عديدة من هذا القبيل استعمل منها البيروغالول Pyrogalol الا ان تأثيره كان منحصرا في بعض الوقائع فقط . وكان من الصعب تطبيقه على مناطق واسعه من الجلد لشدة سميته . واستعمل بعد ذلك مرهم Tartarus-Stibiatus بنسبه عشرة بالمائة وكان مفيدا في القرع المنحصر فى مناطق صغيرة .

ثم استعمل التاليوم . واول من استعمله سابورود Sabouraud ولكنه عجز عن تحديد الجرعة Dose التى يجب اعطائها للمريض ومن اجل ذلك حصلت لديه حادثات من التسمم . ثم قام بوشكة منذ ٢٥ سنة بتجارب اجراها على الحيوانات لاسقاط الشعر بواسطة التاليوم . وكان قد اجرى معظم اختباراته على الفأر وقد رأى كلما استخدم الدواء ان شعر الفأر كان يسقط كله فاتضح لديه ان سقوط الشعر حصل من تأثير التاليوم على الجملة السمباتيكيه الجلديه وقد اصابت الحيوانات عوارض اخرى من غير سقوط الشعر تدل على اختلال غدد الافرازات الداخليه كتأخر النمو والكساح Rachitisme والعجز التناسلي Impotence وكانت هذه الاعراض غير مشجعه على تطبيق العلاج فى البشر ومع ذلك فقد اقدم على تطبيق العلاج بتر Peter وسيسرا Cicera فى مكسيكا اذ انهما قاما بتجربه هذا العلاج فى البشر وعالجا في مكسيكا ٣٥٤ وقعه فى سنه ١٩١٧ نجحت كلها وكانا يعطيان التاليوم بشكل خلات التاليوم AcetateDeThalium بمقدار ٦ ـ ٨ ميلغرام لكل كيلو غرام من وزن الجسم اما نحن فقد عدلنا عن استعمال هذا المركب لحصول اعراض تسممية فى بعض الحالات واستعملنا المركب الذي جهزه لنا معمل كالبادم Kahlbaum وسماه خلات التاليوم كالباوم ThaliumAcetatKahlbaum نعطيه بمقدار ٨ ميلغرامات لكل كيلو جرام واحد من الجسم مع ماء السكر .

يبدأ سقوط الشعر بعد ٨ ايام وبعد مرور ١٦ — ١٨ يوم لم يبق فى الرأس ولا شعرة واحدة . ونستعمل صبغة اليود مع مرهم الكبريت بنسبة عشره فى المائه كدوار موضعي حين اعطاء التاليوم .

ص . ش

فطام الطفل

يجتاز الطفل فى الفطام دورا محفوفا بالمخاطر . فى هذا الدور ينبغي على الوالدين ان يضاعفا همتيهم فى العناية بالطفل وان يجتنبا عن اتباع الخطة القديمة التي ظهر بالفعل انها تفضى بالرضيع الى الهلاك . ينبغي ان لا يفطم الطفل فطاما باتا قبل السنة الواحدة على الاقل وبخلاف ذلك يكون الطفل معرضا لاخطار عظيمة .

واذا كان الموسم صيفا ينبغي الامتناع عن الفطام مهما يكن عمر الطفل وافضل موسم للفطام هو آخر الخريف واول الربيع . ولا يجوز بتاتا ان يفطم الطفل بغتة وقد جرت العادة عندنا ان يمنع الطفل عن ثدى امه دفعة واحدة فبينما يكون اللبن غذاءه الوحيد يصبح ذات يوم وهو محروم من ذلك الغذاء الذي الفه مدة طويلة . وفي ذلك مافيه من عذاب للطفل وامه معا .

وافضل طريقة للفطام هي ان يبدأ بتقليل نوبات الارضاع من الثدى واحلال الطعام محلها منذ الشهر العاشر او الثاني عشر ويستمر على ذلك تدريجيا الى ان تهبط نوبات الارضاع الى مرة واحدة فى اليوم وهكذا

يتنقل الطفل من الرضاع الى الفطام بدون ان يشعر بذلك . والغذاء الذي ينبغي احلاله محل الرضاع من الثدي هو لبن الحيوان والبيض ونقيع الخبز والمحلبي ودقيق البطاطة وما يماثلها .

غذاء الطفل بعد الطعام — ينبغي ان يكون غذاء الطفل حتى السنة الثالثة مكونا من اللبن والبيض والخضار او البقول ولا يجوز الاسراع فى اعطاء اللحم ويجب الاجتناب عن اعطاء المأكولات الخشنة الفجة كالفواكه الغير ناضجة وانواع السلاطة لانها عسرة الهضم ولا تصلح لمعدة المفطوم التي قد اعتادت زمنا طويلا عَلَى تعاطى اللبن وحده .

ويجب الاكثار من استخدام نقيع الخبز (المجهز من قشرة الصمون او البيسكويت) وشوربة الارز مع الحليب او الارز المطبوخ جيدا والبيض مهما كان طبخه . وكذلك يجوز اعطاء معجون البقول (كالفاصولية والحمص والعدس) والبطاطا واما الحلويات كالمربا والحلقوم وانواع السكر فانها وان كانت من الاغذية التي يميل اليها الطفل فلا يجوز السماح بها الا بمقدار قليل لانها تسبب القبض .

والغذاء يعطي اربع او خمس مرات في اليوم وبفترات متساوية (ثلاث ساعات عَلَى الاقل) . ويحسن تعويد الطفل منذ الفطام عَلَى عدم تناول شيء من الطعام في الليل . ويجب عَلَى الطفل المفطوم ان لا يتعاطي المشروبات التي تحتوي عَلَى الكحول ويجب ان يشرب الماء قليلا والماء ينبغي ان يكون مطهرا بالغلي او الترشيح .

ويجب ملاحظة كمية الماء الذي يشربه الطفل ولا يجوز للام اعطاء الماء لطفلها كلما طلب ذلك . وهناك بعض الاطفال قد اعتادوا عَلَى شرب الماء بصورة مستمرة ويطلبون الماء حتى فى الليل . وهذا يؤول الى اضطرابات هضمية وقد يفضي الى حدوث الاسهال وغالبا ينتج عنه فقدان الشهية للطعام وفساد هضم مستمر مصحوب بتوسع المعدة . وعليه يجب التذرع بالصبر والثبات فى تحديد مقدار الماء وعدم الاكتراث لصراخ الطفل .

شذرات من الطب التاريخي (١)

١ — الدواء الذي لا داء معه

روى انه اجتمع عند كسري اربعة من الحكماء وهم عراقي ورومي وهندى وسوداني فقال لهم ليصف لي كل واحد منكم الدواء الذي لا داء معه فقال العراقي الدواء الذي لا داء معه ان تشرب كل يوم قليلا عَلَى الريق ثلاث جرع من الماء الساخن وقال الرومي الدواء الذي لا داء معه ان تسف كل يوم قليلا من حب الرشاد وقال الهندي الدواء الذي لا داء معه ان تاكل كل يوم ثلاث حبات من الهليلج الاسود والسودانى ساكت وكان احذقهم واصغرهم سنا فقال له الملك الا تتكلم فقال يا مولانا الماء الساخن يذيب شحم الكلى ويرخى المعدة وحب الرشاد

(١) نقتبس هذه الحكايات من كتاب « تسهيل المنافع » للازرق ونتحفها الى قراء المجلة الطبية ليس للاستفادة منها والاخذ بها بل للاطلاع على معلومات اصبحت خرافية ومع ذلك لم نزل نسمعها من افواه العامة والمتطببين لا سيما مسئلة الاخلاط والحار والبارد وما اشبه ذلك من الامور الفكاهية التي لا سبيل الى دفعها عن اذهان الجمهور العراقي

يهيج الصفراء والهليلج يهيج السوداء . فقال فما الذي تقول انت ؟ فقال يا مولانا الدواء الذي لا داء معه ان لا تاكل الا بعد الجوع . فاذا اكلت فارفع يدك قبل الشبع فانك لا تشكو علة الا علة الموت فقالوا كلهم صدق صدق والاحتماء في وقت الصحة خير من شرب الادوية عند المرض .

٢ — العناصر والامزجة

ان الدنيا خلقت من اربعة عناصر : الريح والنار والتراب والماء . وبيان هذه الاشياء الحر والبرد والرطب واليابس وهي في الجسد عَلَى اربعة اخر صفراء وسوداء ودم وبلغم .

والاخلاط اربعة : خلط الصفراء وهو حار يابس اصله متولد من عنصر النار الطبيعي ومسكنه من الانسان المرارة ومسكن المرارة الرأس والثاني خلط الدم وهو حار رطب متولد من عنصر الهواء الطبيعي ومسكنه من الانسان الكبد والثالث خلط البلغم وهو بارد رطب متولد من عنصر الماء ومسكنه من الانسان الرئه والرابع خلط السوداء وهو بارد يابس اصله متولد من عنصر الارض ومسكنه في الانسان الطحال

فالسرور من الدم . والحرارة من الصفراء . والخوف للسوداء والحزن للبلغم .

فهذه الاخلاط الاربعة بها قوام البدن ومنها صلاحه ومنها فساده . ودواء الصفراء كل بارد رطب ودواء السوداء كل حار رطب . ودواء البلغم كل حار يابس ودواء الدم كل بارد يابس .

فدواء كل علة بضدها .

ان الزمان اربعة اصناف صيف وخريف وربيع وشتاء فالصيف حار يابس تكثر فيه المرة الصفراء والخريف بارد يابس يكثر فيه مرة السوداء والشتاء بارد رطب يكثر فيه البلغم والربيع حار رطب لين يكثر فيه الدم .

واعتمد مقاومة السوداء بالثرائد الدسمة ومقاومة الصفراء بالاشياء الحامضة ومقاومة البلغم بالاشياء المالحة واما زيادة الدم فعلاجه بالحجامة واحسن اوقاتها فصل الربيع والصيف واعلم ان الصفراء كالصبي الذى ترضيه التمرة وتسخطه الكلمة والسوداء كالثور يسوقه الصبي والمرأة فاذا غضب لم ينضبط والبلغم كالسبع ان قتل يعني بالادوية والا قتل فاقهر البلغم قهرك عدوك وسالم الدم مسالمتك صديقك واخضع للصفراء خضوعك لمن فوقك وجاهد السوداء مجاهدتك عدوك .

فان كان الغذاء معتدلا صحيحا كان منه صحة البدن وتبخرت الطبيعة بخارا صحيحا الى القلب فيصعد ذلك البخار الى الدماغ والى جميع البدن بصحته فلا يزال صحيحا وان زاد بعض الاخلاط وغلب بكثرته وقهر ضده حصل عليها المرض من زيادة تلك الطبيعة .

٣ — الهضم

ان الغذاء اذا انهضم وتفرق من آلة الهضم التهبت الطبيعة واستدعت بالاكل وذلك هو الجوع المعروف فان لم يحصل لها مادة الغذاء عطفت على الرطوبة الاصلية فناكلها فاذا فنيت الرطوبة انطفت الحرارة الغريزية وكان ذلك سبب الهلاك والعطب فاذا حصلت المادة بالغذاء قطعته قوام الانسان الحارة عَلَى قدر ما يقدر عليه الطبيعة وحركة اللسان التي جعلها الله معرفة للطعام وترجمانا

للكلام وقلبته يمينا وشمالا للاضراس تطحنه فان كان يابسا فقد خلق له تحت اللسان نهران جاريان يكون منهما ادام ذلك الطعام ثم يدفعه اللسان اذا جاد مضغه الى الغاسمة الي الرئة وهو فم المعدة الاعلى لان المعدة كالقارورة لها عنق وجوف فاذا نزل الى جوفه قليلا قليلا وامتلأ فهو الشبع المعروف وقد خلق الله له خرقا فينهضم الطعام حين الشبع انهضاما شديدا وتكون الحرارة فينحل الغذاء و يلطف بواسطة الرطوبة فينهضم وينزل من ذلك الخرق قليلا قليلا الى الامعاء ·

الطب في ايام العرب (١)

لما كانت فتوحات العرب وضربوا في طول الارض وعرضها كان الطب كسائر العلوم في اسفل درك الهوان والخمول فنهضوا به نهضة جديدة والتقطوا شتاته من كتب اليونان وغيرهم واودعوه كتبهم مع زيادة مما توسعوا فيه بالبحث والتحري واجادوا بتعريفه ووصفه وتقسيمه وحسبنا بيانا لذلك ما نقله عنهم فيلسوف مؤرخ غير طبيب هو ابن خلدون قال « الطب صناعة تنظر في بدن الانسان من حيث يمرض ويصح فيحاول صاحبها حفظ الصحة وبرء المرض بالادوية والاغذية بعد ان يتبين المرض الذي يخص كل عضو من اعضاء البدن واسباب تلك الامراض التي تنشأ عنها وما لكل مرض من الادوية مستدلين على ذلك بامزجة الادوية وقواها على المرض بالعلامات المؤذنة بنضجه وقبوله الدواء اولا في السجية والفضلات والنبض محاذين لذلك قوة الطبيعة فانها المدبرة في حالتي الصحة والمرض وانما الطبيب يحاذيها ويعينها بعض الشيء بحسب ما تقتضيه طبيعة المادة والفصل والسن ويسمى العلم الجامع لهذا كله علم الطب وربما افردوا بعض الاعضاء بالكلام وجعلوه علما خاصا كالعين وعللها واكحالها ولذلك الحقوا فن منافع الاعضاء ومعناها المنفعة التي خلق كل عضو من اعضاء البدن الحيواني وان لم يكن ذلك من موضوع علم الطب الا انهم جعلوه من لواحقه وتوابعه · اه · » اما طب العرب في الجاهلية فكان على نحو ما نراه في ايامنا هذه بباديتهم وحواضرها قال ابن خلدون « وللبادية من اهل العمران طب يبنونه في غالب الامر على تجربة قاصرة على بعض الاشخاص متوارثا عن مشائخ الحي وعجائزه وربما يصح منه البعض الا انه ليس على قانون طبيعي ولا على موافقة المزاج وكان عند العرب من هذا الطب كثير وكان فيهم اطباء معروفون كالحرث ابن كلدة وغيره · اه · » نقول والحارث هذا هو الذى كان في زمن صاحب الشريعة الاسلامية وارسل اليه سعد ابن ابي وقاص الى المدينة يستوصفه في مرض الم به فدل ذلك على جواز مشاورة غير المسلمين في الطب اذا كانوا من اهله ولا ريب انه كان لهم اطباء كثيرون طمس ذكرهم لبعد عهدهم ولم يتصل بنا الا ذكر القليل من متأخريهم كلقمان بن عاد القائل « آخر الدواء الكي » وابن ابي دوميو التميمي وحريم من بني تميم الرباب وكانت ادويتهم من نتاج ماشيتهم كاللبن ونباتات البر كالعقاقير هذا فضلا عن الكي ونوع من الجراحة الخشنة وطرق اخري توارثوها بالتواتر كاعتقادهم باستقامة العين اذا اطالت الى حجر الرحى وهو يدور واذا تشنجت الاعضاء وخدرت تنبسط اذا كرر صاحبها اسم احب الناس اليه وعليه قول بعضهم ·

(١) مقتبس من (دائرة المعارف) للبستاني

الى كم تهجرين فتى معني   اذا خدرت له رجل دعاك

ولم يكد يفرغ الخلفاء الراشدون ومن وليهم من بني امية من بسط جناح الاسلام حتي اخذ الخلفاء يلجون باب العلم كما ولجوا باب الفتوحات فكان للطب سهم وافر واستعانوا بعلماء اليهود والنصاري عملا بالحديث القائل « استعينوا على كل صنعة بصالح اهلها » فكانت من ذلك للامويين بدمشق بعض الآثار · ولكن الاثار المشيدة والمساعى الحميدة انما كانت للعباسيين في بغداد ومن ثم للاندلسيين · فاتخذ السفاح العباسى اطباء ماهرين اقام بختيشوع النسطوري رئيسا عليهم وطبيبا خاصا كما كان جو به اليهودى عند عمر بن العزيز الاموي وعقبه ابنه جبرائيل في خدمة ابي جعفر المنصور فعرف المؤثرات العصبية وهو الذي عالج الجارية التي تمطت فانبسطت يدها وعجز الاطباء عن شفائها فامر باخراجها الى حضرة الجمع فلما خرجت اسرع اليها ونكس رأسها وامسك ذيلها فانزعجت ومن شدة الحياء استرسلت اعضاؤها وبسطت يدها الى اسفل وامسكت ذيلها فقال جبرائيل لقد برأت يا امير المؤمنين · وظل ولد بختيشوع يتعاقبون جيلا بعد جيل على تلك الصناعة نحوا من ٢٥٠ عاما تنهال عليهم فيها نعم الخلفاء · ومن مشاهير اطباء العباسيين يوحنا بن ماسويه الذي كان في بطانة الرشيد والف الكتب الجليلة في الطب ككتاب البرهان وكتاب البصيرة وكتاب الحميات وكتاب الفصد والحجامة وكتاب الجذام وكتاب الاغذية وكتاب المعدة وكتاب الادوية المسهلة · وتلميذ ابن ماسويه ابو زيد حنين بن اسحق العبادي الذي كان في زمن المأمون وكان عالما باليونانية علمه بالعربية فعرب كتاب اقليدس وكتبا اخرى فافاد فوائد جمة بتعاريبه وتآليفه وله الكتاب المعروف بمسائل حنين وضعه على طريق السؤال والجواب تقريبا للفهم · وكان حنين نسطوريا وعقبه في الصناعة ابن اخته وتلميذه جيش بن الاعسم بن الحسن فزاد في كتاب المسائل ثم شرحه الشيخ عبد الرحمن بن احمد بن ابي صادق النيسابوري · ولما ترجمت بعناية العباسيين كتب ابقراط وجالينوس وسائر مؤلفات اليونان اخذ علماء المسلمين ينصبون على درس الطب وممارسته وكان جل اعتمادهم على كتب جالينوس ولهذا لقبوه بامام الصناعة على انهم بادئ بدء اخذوا كتب اليونان على علاتها بما فيها من خلل المزاعم والاوهام · ثم مع تمرنهم بالعلم امعنوا في البحث والتدقيق فكانت لهم مكتشفات حسنوا على اثرها في الصيدلة والكيمياء تحسينا مأثورا وكان منهم علماء اعلام واطباء نالوا من واسع الشهرة ما لا يكاد يقل عن شهرة اساتذتهم ابقراط وجالينوس ويفوق شهرة اطباء الرومان · وفي مقدمة هؤلاء الفطاحل الشيخ ابو بكر محمد بن زكريا الرازي المعروف في كتب الافرنج باسم (Rhazés) الذي كانت تشد اليه الرحال من كل قطر وناد وقد جمع من الفوائد في كتابه « الحاوي » (طبع في البندقية سنة ١٥٠٩ و١٥٤٢) ما لم يجتمع لغيره اذ انه فضلا عما اقتبسه من كتب اليونان ولاسيما جالينوس اضاف اليه شيئا كثيرا مما كان بيده من كتب الهنود والفرس ولم يدون في كتاب غير كتابه وله مؤلفات اخري كالجامع وكتاب الاعصاب ورسالة في الجدري والحصبة (طبعت في لندن سنة ١٨٦٦) قيل هي اول رسالة ذكر فيها هذان المرضان فكانت مستند الاوربيين

عدة قرون وترجمت مرارا الى اليونانية واللاتينية وبعض لغات اوربا واليه ينسب اختراع الخلاج وله في الطب والعلاج اقوال ونصائح جليلة واشتغل كثيرا في الكيمياء ومنهم كثيرون غير الرازى حسبنا ان نذكر منهم على ابن عباس الفارسي صاحب (كامل الصناعة) فى الطب وابا نصر محمد الفارابي الطبيب الفيلسوف وقطب الصناعة في زمانه وامام الفلسفة ابن سينا البخاري (Avicennes) الملقب بالشيخ الرئيس لعلمه وفضله وهو المنار الذي استنار بتأليفه ابناء الشرق والغرب قرونا طوالا وعني الافرنج فوق عناية العرب بنشر تصانيفه وهي تقارب المئة عددا بين مختصر ومطول واشهرها «القانون» (طبع مع كتاب النجاة في رومية سنة ١٥٩٣) الذى ظل مرجع اطباء الافرنج ومعتمدهم نحو خمساية عام ومنها «كتاب الشفاء في الحكمة» و «كتاب الاوسط» وكتاب «النجاة» و «الارجوزة» الطبية التي كان يتلقنها الطلبة والاطباء ولم يقتصر فيها عَلَى النصائح الطبية بل توسع في الفلسفة والطبيعيات كقوله ·

في الزنج حر غير الاجسادا ... حتى كسا جلودهم سوادا

واليه ينسب البيتان المشهوران ·

اجعل غذاءك كل يوم مرة ... واحذر طعاما قبل هضم طعام

واحفظ منيك ما استطعت فانه ... ماء الحيوة يراق فى الارحام

ولسعة علمه وبعد شهرته نسبت اليه اقوال واراجيز في الطوالع وغيرها لا تراها الا ضعيفة بجانب غزارة مادته وتوقد ذهنه فيرجح ان لا تكون له · وقد كان ابن سينا نادرة من نوابغ الزمان فاق المتقدمين وفاد المتأخرين ولهذا قالوا كان الطب معدوما فاوجده ابقراط وميتا فاحياه جالينوس ومتفرقا فجمعه الرازى وناقصا فكمله ابن سينا البخاري · ولما توفي ابن سينا سنة ٤٢٨ ﻫ و١٠٣٦ م حصلت فترة اصاب الصناعة الخمول فى خلالها نحوا من قرن حتى نهض الى احيائها علماء الاندلس كابي القاسم الزهراوى (Albucasis) صاحب كتاب «التصريف» (طبعت ترجمته الى اللاتينية في مدينة اكسفورد سنة ١٥١٩) وكتاب «امراض النساء» وكتاب «الجراحة» المترجم الى اللاتينية · وبنو زهر كابى بكر محمد بن مروان (Avenzoar) القائل في كتاب حيلة البرء لجالينوس ·

حيلة البرء صنعة لعليل ... يترجي الحيوة او لعليله

فاذا جاءت المنية قالت ... حيلة البرء ليس في البرء حيلة

وهو شيخ ابن رشد وله في الطب تآليف جليلة ترجم احداها الى اللاتينية وطبع سنة ١٤٩٠ في البندقية واشتهر بعده ابنه عبد الملك وكان بنو زهر في الاندلس كبني بختيشوع فى بغداد يتوارثون الطب جيلا بعد جيل الى اواخر القرن السادس للهجرة · ومن اجل اطباء العرب بل اشهر فلاسفتهم عَلَى الاطلاق ابن رشد Averroés المتوفي سنة ٥٩٥ ﻫ (و١١٩٨م) وكان اعتناؤه فى الفلسفة اكثر منه في الطب ومع ذلك فكلياته فى الطب (طبعت ترجمتها اللاتينية في البندقية سنة ١٤٨٢ و١٥١٤) من اجمع وانفع ما كتب بهذا الباب وله شرح لارجوزة ابن سينا واكثر مصنفاته مترجمة الى اللاتينية واللغات الاوربية وان كانت مفقودة الاصل العربي ولم يقم بين جميع من تقدمه من تحري

الحقائق تجربه ولهذا اصابه ما اصاب كبار الحكماء الذين يجاهرون بارائهم العلمية كسقراط وغليلو فهزر وصودرت امواله واضطر الى الاقرار جهرا بالعدول عن آرائه والناس يبصقون في وجهه وبموته ماتت فلسفة الاندلس وضعف طبها ولم يخلفه خلف ·

وهناك اطباء محققون غير من تقدم ذكرهم كابن القف صاحب شرح ابقراط و «جامعة الغرض» و «الشافي» و «عمدة الجراحين» وابو علي يحيي بن عيسي بن جزلة المتوفي سنة ٤٩٣ ﻫ (١٠٩٩م) صاحب كتاب «المنهاج» الذى رتبه عَلَى الحروف وجمع فيه اسماء الحشائش والعقاقير والادوية وابو الصلت اميه بن عبد العزيز بن ابي الصلت الاندلسى المتوفي سنة ٥٢٩ ﻫ (١١٣٤م) صاحب كتاب «الادوية المفردة» والامام فخر الدين الرازى الطبرستاني المتوفي بمدينة هراة سنة ٦٠٦ﻫ (١٢٠٩ م) وهو صاحب (شرح الكليات للقانون) وشرح الاشارات لابن سينا واخرون كثيرون لانطيل البحث بذكرهم

وعلى هذا كانت دولة العرب همزة الوصل بين طب المتقدمين وطب المتأخرين ولولاهم لانتثر ذلك العقد وعفا الكثير من معالم العلم والعرفان فان معظم ما تناوله الافرنج من علم الاقدمين قبل فتح القسطنطينية انما كان عن العرب وظل مدة لمدة مديدة منحصرا في النقل والتقليد لا يأخذون الا من ينقلون ويذهبون مذهب الاقدمين فيتراءون عالمين بالامزجة والاغذية وباحثين فى الداء والدواء واذا بهم يقولون بالتنجيم والعزائم والرقى والطلاسم · وكان هذا شأنهم الى ان نبغ منهم علماء حكماء فاستجلوا كثيرا من الحقايق العلمية وابقوا للخلف من مبتكراتهم وتوسعاتهم مباحث واكتشافات فهم اول من دقق البحث فى الحميات النفاطية كالجدري والحصبة والحمى القرمزية وحسبنا من ذلك رسالة الرازي · وهم الذين لطفوا المسهلات واشاروا باستعمال المن والسنا والتمر هندي والراوند والكافور وغير ذلك وان كانوا عرفوا منافع اكثر تلك المواد بما ترتب لهم من العلائق التجارية مع الصين والهند فليس في ذلك ما يخفض من قدرهم ويقلل من فضلهم · وهم الذين حسنوا صناعة التقطير والتخمير وتشكيل الاواني الكيماوية باشكال يسهل بها التناول واستخرجوا كثيرا من الاملاح المعدنية وكانت لهم اليد الاولى في فن الصيدلة فوضعوا اسسه وطدوا اركانه فافادوا العلم فائدة خلدها لهم التاريخ وهم اول من اخترع السواغات لاذابة الاصول الفعالة للادوية النباتية والمعدنية والحيوانية واخترعوا الانبيق والتسامي ووضعوا من لغتهم وغير لغتهم اسماء كثيرة للادوية لا تزال مستعملة عند الافرنج كالكحول والجلاب والشراب واخترعوا جملة اشربة ومعاجين ومربيات وهلامات وجهزوا عدة صبغات خلية ونبيذية وكحولية وزيوت طبية وذكروا الرهج الاصفر والاحمر والبورق واستعملوا الكحول لاذابة بعض الاستحضارات الاقرباذينية واستعملوا فى التراكيب الحديد والكبريت والنحاس وحمض الزرنيخ والزئبق والانتمون والخارصين وجنوا من اشتغالهم بالكيمياء الفوائد الجمة وان كانوا اضاعوا الوقت واجهدوا الفكر عَلَى غير جدوى فى السعي وراء تحويل النحاس والقصدير الى الذهب وفوق اشتغالهم بطب البشر عنوا بعض العناية بالبيطرة وهي طب الخيل والزردقة وهى طب الطيور وسائر العلوم التى لها علاقة صريحة بالطب كالبزدرة وهى صناعة الفرس

والطبيعيات . ولم تقصر ايديهم في شيء من علوم زمانهم الا في التشريح لوقوفهم دون فتح الرمم انفة وورعا كما وقف المسيحيون في القرون الاولى للعهد المسيحي وان ائمة الدين الاسلامي انكرت عليهم ذلك كما انكرها رؤساء الدين المسيحي عند نشأته . والحاصل انهم عملوا خير العمل بالحديث القائل: «العلم علمان علم الابدان وعلم الاديان» فلم ينصرفوا بكليتهم عن العلم الى الدين في الدول الاول بل سلكوا مسلك القائلين بتقديم علم الابدان على علم الاديان كما ورد تقديمه في الحديث ولهذا قبضوا على ناصية الطب كما استقلوا بازمة العلم من فلك وهندسة ونبات وكيمياء ومنطق وطبيعيات وما وراء الطبيعيات ولبثوا اربعة قرون متوالية مستودع المعرفة وملجأ الحكمة اي منذ تولي الرشيد في بغداد او قبيل توليه الى موت ابن الرشيد . ولا عبرة بالفترة التي حصلت بعد وفاة ابن سينا فان العلم لم يمت في خلالها . والعجب كل العجب انه قامت بعد ذلك للمسلمين دول شتى ذات قوة وشان عظيم فكان منها العرب والعجم والترك والتتر ولم تفلح دولة منها هذا الفلاح وان لذلك بلا ريب اسبابا نضرب عنها صفحا لخروجها عن دائرة بحثنا

ولما تقلص ظل العلم في الاندلس كما تقلص في بغداد اخذ العرب يرجعون القهقرى في طبهم ولم يحفظوا بتلك الوديعة الثمينة التي كانت بين ايديهم فاخذ ذلك لذخر يبيد شيئا فشيئا الى ان رجعوا في طرق علاجهم الى المآخذ الخشنة التي كانت لديهم قبل الاسلام نهي في الحواضر انتباسات يتناولها الخلف من السلف وفي البوادي صناعة غير ذات شأن يتعاطاها العارفة والدليل والعجوز كما قال ابن خلدون ولا يعترض علينا بتقدم الصناعة في عصرنا في بعض البلاد العربية كالقطر المصري فهو تيار حديث غريب اصابتنا منه قطرة من سيل والامل بالله كثير .

هذا اجل ما يمكن اجماله من اثار السلف عن تدرج هذا العلم في مراقي التقدم الي ان اغفله العرب اغفالهم لسائر العلوم ويجدر بنا ان ننبه قبل استيفاء الكلام ان العلم لم ينحصر في الامم السالفة الذكر فان الانسان احوج الى الطب منه الي سائر العلوم فلا بد اذا ان تكون له منزلة وشأن في الدول العظمى ولاسيما في البلاد الاهلة منذ القديم كالصين والهند وبلاد الفرس ولكن الزمان لم يستبق لنا من غير ما ذكر شيئا مذكورا . وان لم يكن لنا شي راهن عن تاريخ هذه الصناعة في تلك الارجاء فيؤخذ من سياق كلام المورخين انها لم تكن صناعة مجهولة والا فما معنى قولهم ان الحرث ابن كلدة العربي اخذ الطب عن الفرس وان هرون الرشيد لما لم يثق باطباء بغداد تقدم الي يحيى البرمكي بطلب طبيب ماهر فاستقدم له بختيشوع بن جرجس من نسابور وان ابا بكر الرازى دون من تآليفه ما جمعه من كتب الهند والفرس واضافها الي مصنفاته وان الشيخ الرئيس ابن سينا شرع في تلقن العلوم في بلخ واتمها في بخارى وان العرب بحرصهم على جمع شتات القريب والغريب من نفائس العلم ركبوا بعض ادويتهم فما عرفوه بعلايقهم التجارية والسياسية مع بلاد الصين والهند والفرس وان قسطنطين القرطاجني ساح في طلب العلم الى بلاد العرب والهند والعجم في الشطر الاخير من القرن الحادي عشر الميلاد فقضى اربعين عاما يتجول في تلك البلاد ولما رجع الى اوربا بما حمل من كنوز المعرفة في الطب وسائر العلوم اتهموه بالسحر وكادوا يبطشون به لو لم يبادر الي

الفرار بما معه من كتب العرب النفيسة فترجمت بعد ذ الى اللغات الاوربية وامثلة ذلك كثيرة نقتصر منها على ما ذكر .

تنبيه

قد لفتنا انظار قراء المجلة المحترمين في اعدادها الاخيرة الى اعلان اذيع فيه مستحضر يدعى ـ الانتيفلوجستين ـ Antiphlogistine ـ وكان املنا ان يهتم به جمهور الاطباء في العراق .

والان نعود فنحث زملائنا الاطباء وقرائنا المحترمين

من مصلحة الصحة العراقية :

مداواة الملاريا

« ١ » لايوجد في الوقت الحاضر مداواة مرضية ضد الملاريا غير الكينين .

« ٢ » ان المعالجة التي توصى بها هذه المديرية ضد الملاريا هي :ـ

تؤخذ في الاصابات الشديدة مقدار عشر قمحات من سلفات الكينين بشكل محلول وذلك ثلاث مرات في اليوم لمدة ثلاثة اواربعة ايام او طول مدة الحمى وبعد ذلك يؤخذ مقدار عشر قمحات مرة في اليوم (ويرجح ان يكون ذلك ليلا) لمدة شهرين .

والمقادير النسبية التي تعطى للاولاد هي :ــ

للذين هم دون السنة الواحدة من العمر نصف قمحة وللذين عمرهم من السنة الواحدة الى الخمس سنوات قمحة واحدة لكل سنة ومن الخمس والى العشر سنين خمس قمحات ومن العشر سنوات الى الخمسة عشر سنة ثمان قمحات وللذين يتجاوزون السادسة عشرة من عمرهم المقدار الذي يعطى للبالغين .

يجب اعطاء مسهل قوي في اول يوم من ايام المعالجة وعلى المريض ان ينام حتى تزول عنه الحمى .

ان الاصابات بالملاريا الثلاثية الخفيفة Benign Tertian يؤثر عليها الكينين اكثر من الملاريا الثلاثية الخبيثة Malignant Tertian او الرباعية Quartan .

« ٣ » ان سلفات الكينين علاج مؤثر كسائر الاملاح التي هي اسهل ذوبانا منه . ويظن ان مفعول الكينين اذا كان بشكل محلول هو اسرع مما اذا كان بشكل ذرور واذا استعملت الاقراص فالاجدر سحقها قبل بلعها .

« ٤ » الحقن : ان طريقة المداراة بواسطة الحقن تسبب غالبا اضطرابات خطرة في حركة القلب واعراض عصبية مزعجة وموت بعض الانسجة اذا حدث ترشح في السوائل حول محل الحقنة .

غير انه يحق استعمال الحقن الوريدية في الملاريا الدماغية اوالتي يصحبها القئ بصورة دائمة والاصابات التي بلغت اقصي حدها من الشدة ويقتضي مداواتها بالسرعة الممكنة ٠ ففي الحالات المار ذكرها يجب استعمال امبولات من المحلول المعقم اومحلول الهايدروكلوريد المعقم حديثا على ان يحقن المصاب ببطء بحيث يستغرق اكمال الحقنة ذات سنتمتر مكعب واحد دقيقة واحدة ويجب ان يكون المحلول الذي يحقن به المصاب لااقل من سنتمتر مكعب واحد لكل ثلاث قمحات من الملح ٠

يجب العدول عن الحقن العضلية بتاتا نظرا للالم والخراجات والتقيحات التي كثيرا ماتنجم عنها ٠

واخيرا لايوجد في الكتب الفنية الحاضرة مايؤيد ان تأثير الكينين حقنا اشد مما لوكان بواسطة الشرب سواء كان لشفاء الاصابات الشديدة اولتطهير الدم من الاجسام التناسلية اولمنع عودة المرض سواء كان من نوع الملاريا الثلاثية الخبيثة ام الرباعية ٠

« ٥ » الوقاية : ان الكينين يقتل الشيزونت Schizonts الجراثيم التى لاتتناسل بل تتكاثر بواسطة التجزء وربما تقتل ايضا الكاميت Cametes الجراثيم التى تتناسل الموجودة في كرويات الدم الحمراء ٠

يمكن استعمال ٣٠ قمحة اسبوعيا لتوقيف نمو الطفيليات لكى تمنع الاعراض وتوقف العدوى ٠ ويعتبر انه لابد من وجود ٥٠ طفيلى فى كل مليمتر مكعب من الدم لكى تحصل الاعراض المرضية وعلى الاقل ١٢ كاميت (الجراثيم التى تتناسل) فى كل مليميتر مكعب لعدوى البعوض ٠

يستحسن استعمال الكينين على الصورة التي مر ذكرها في جميع الاماكن الملوثة بالملاريا للوقاية عنها وذلك خلال موسم الملاريا اعني من نيسان الى تشرين الثاني ويرجح اخذه يومين متواليين كل الاسبوع ٠

التقرير الشهري لادارة صحة العاصمة

لاشهر مايس وشهر حزيران وشهر تموز سنة ١٩٢٦

الولادات والوفيات ٠

ولد فى بغداد فى خلال اشهر مايس وحزيران وتموز سنة ١٩٢٦ ١٢٧٠ طفلا منهم ١٠١٤ فى الرصافة و٢٥٦ فى الكرخ فكان معدل الولادات ١٧٫٨ بالالف سنويا وتوفى فى خلال الاشهر الثلاثة المذكورة ١٧٧٦ شخصا منهم ١٢٩٥ فى الرصافة و ٤٨١ فى الكرخ فكان معدل الوفيات ٣١٫٧ بالالف سنويا ٠ وقد بلغ مجموع وفيات الاطفال الذين بين السنة والخمس سنوات ٤٧٤ طفلا (اى اكثر من ثلث جميع الوفيات)

الامراض السارية فى غضون الاشهر الثلاثة

فى داخل العاصمة :

الطاعون — ٢٨٣ لشهر مايس وحزيران و ٩ فقط لشهر تموز ٠ السل — ٨٤ للشهور الثلاثة ٠ التيفوئيد — ١٥

الجدرى — ٨ التهاب الشكة — ١٠ الملاريا — ٥٤ البلهارزيا — ٩ الجرب — ٢ الخناق — ٧ الدوسنطاريا — ١٢ داء الحمرة — ٤ الانفلونزا — ٢ جدري الماء — ٢ التهاب السحايا ـ ١ التيفوس — ١ الحصبة — ٣ الكزاز — ٢ الجذام — ٣ الحمى النفاسية — ٣ الجمرة الخبيثة ـ ١

اشغال الامومة ومداراة الاطفال :

ان عدد المرضى الذين عولجوا فى خلال الشهور المذكورة من قبل مرشدات الصحة كان كما يلي :

الدهانة — ٩٤٢٣ باب الشيخ — ٦٤٧٣ الحيدرخانة — ٤٤٠٤ صوب الكرخ — ٣٠٧٧ المجموع — ٢٣٣٥١ وقد ادين ٢٤٦٨ زيارة للاطفال فى بيوتهم وكشفن على ١٥٥ جنازة من النساء ٠

القبالة :

ان رئيسة القوابل المسز بليس ومعاونتها قد ادتا ٤٠٦ زيارات للقوابل فى بيوتهن ودعيتا عند ٣٢ ولادة صعبة وكشفتا على ١٢ جنازة من الاناث ونقلتا ٢٣ مريضة الى المستشفى ٠

اعمال مستوصف الامراض الزهرية :

لقد اجرى الكشف الطبي على : ١٥٦ مومسة مع راقصة فى شهر مايس ١٩٢٦

١٦٣ « « « حزيران «

١٦٣ « « « تموز «

واجرى الكشف على ١٧ قوادة ٠ وكان عدد تطعيم السالفرسان فى الشهور الثلاثة ٢٨ وعدد حقن الزئبق ٧٤ وارسل الى مستشفى الاعتزال ١٤ مريضة لاجل التداوي هناك ٠ وارسل ١٤٤ صفحة للسيلان الى المختبر التحليلى فوجد ٦٢ منها مثبتة ٠ وقد بلغ مجموع واردات المستوصف الثلاثة اشهر ٣٧٨٠ ربية ٠

اعمال الصيادلة والكلورين ٠٠ الخ

١ — جرت اشغال الكلورين في شهر مايس منتظمة حسب العادة ٠

٢ — اجرى الكشف الطبي فى الشهور الثلاثة على عدد من اهل الصنائع والحرف ٠

٣ — بلغت درجة حرارة الشهور الثلاثه كما يلى :

	شهر مايس	شهر حزيران	شهر تموز
درجة الحرارة العليا	١٠٨٫٤ فى ٩ منه	١١٣٫٣ في ٢٧ منه	١١٣٫٥ فى ١٢ منه
« « الدنيا	٨٧٫٠ « ٢٣	٩٨٫٠ ٣	٩٥٫٦ « ٥ منه
« « الوسطي	٩٧٫٠	١٠٤٫٩	١٠٧٫٧
درجة البرودة العليا	٧٣٫٠	٧٨٫٤ ٣ منه	٨٥٫٢ في ١٣
« « الدنيا	٦١٫٢	٦٥٫١ ٤	٦٨٫٥ فى ٤و٣ منه

» » الوسطى	٦٧٫٠	٧١٫٤	٧٥٫٤
معدل الرطوبة	٤٥ بالمائة	٣١ بالمائة	٣٢ بالمائة
مجموع الامطار	خال	٠٫٠٤	خال

٤ — وقد صنعت خلال الشهور الثلاثة في ٢٧ صيدلية ٧٧١٠٠ وصفة وبلغت الواردات ٣٤٥٥٦ ربية . فكان معدل ثمن كل وصفة ١٠ آنات

٥ — اجرى الكشف من قبل مفتش البلدية على بعض الصيدليات وحوانيت العطارين فوجد فى بعضها تهامل وقد اضطروا لعدم تكرار ذلك .

٦ — لقد الغى مستوصف الحيدرخانة فى شهر مايس بامر مدير مستشفيات بغداد ولم يبق فيه سوى غرفة القابلة التى تشتغل كالسابق وهذه ايضا سوف تضطر الدائرة لرفعها متى ما انتهى اجار المحمل مع الاسف .

تقرير تجهيز الماء : جهز لمدينة بغداد فى خلال ثلاثة اشهر (٢١٠) ملايين غالون من الماء . وقد حلل فى كل شهر من الشهور الثلاثة الماء الغير المطهر بالكلورين والماء المطهر بالكلورين وعينت مقادير الجسيمات العضوية الموجودة في كل منهما .

تقارير المستشفيات لمدينة بغداد :

شهر مايس :

اسم المستشفى	الداخلون	المتوفون	الباقون فى اول يوم من الشهر	الباقون في آخر يوم من الشهر
مستشفى الاعتزال	١١٧	٣٠	٤٢	٥٩
» مير الياس	٩١	٣	٣٤	٥٩
» ريم خضورى	١٧			٩

مستوصف الرسالة الافرنجية عولج فى هذا المستوصف (١٨٠) مريضا مجانا و (١١٢) بالاجرة .

شهر حزيران :

مستشفى الاعتزال	٦٣		٤٩	٤٢
» مير الياس	٢٣	٤	٥٠	٦٠
» ريمة خضوري	١٩			١٣

مستوصف الرسالة الافرنجية عولج فيه (٢٠٨) مرضي مجانا و (١٥٢) مريضا بالاجرة .

شهر تموز :

مستشفى الاعتزال	٦	٢٢	٥٢	٤٥
» مير الياس	١٠١	١	٦٠	٦٩
» ريمة خضوري	٢٢			١٠

مستوصف الرسالة الافرنجية عولج فيه (٢٢٨) مريضا مجانا و (١٤٣) مريضا بالاجرة

التقرير الشهرى للواء بغداد لثلاثة اشهر :

	الولادات	الوفيات	التطعيم	الامراض
الكاظمية	١٢٦	١٤٩	٣٤ ضد الجدرى	طاعون ـ ٣ ـ بلهارزيا ـ ١ تيفوس ـ ١ داء الحمرة ـ ١
الاعظمية	٦٥	٨٦	٨٣ »	طاعون ـ ٣ تيفوئيد ـ ٢ جدرى ـ ١ انكيلوستومياز ـ ٢
بلد	١٧	٢٦	٤٩ »	طاعون ـ ١ تيفوئيد ـ ٨ بلهارزيا ـ ٦
الدورة				سل ـ ١ جدرى ـ ١
الكرادة	٤٢	٤٩		طاعون ـ ٥ بلهارزيا ـ ٢ تيفوئيد ـ ١ ملاريا ـ ١
اليوسفية				جذام ـ ١ بلهارزيا ـ ٢
المنبدي				سل ـ ٣ بلهارزيا ـ

بيان حادثات الامراض السارية فى العراق فى شهر تموز سنة ١٩٢٦ مأخوذ عن التقارير الاسبوعية الصادرة من مصلحة الصحة العامة

الامراض	اربل		بغداد		بصرة		حلة		ديالى		ديوانية		رمادي		سليمانية		عمارة		كربلا		كركوك		كوت		موصل		منتفك	
	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات
الجدري	٠	٠	٠	٠	٣	٣	٢	٠	١	٠	٠	٠	٠	٠	١	١	٠	٠	٢	٢	٠	٠	١	٠	٠	٠	٣	٠
السعال الديكي	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٣	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٦	٠	٢١	٠	٦	٠	٨	٠	٥	٠	٠	٠
الطاعون	٠	٠	١٨	٩	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
الخناق	٠	٠	٢	٠	١	٠	٣	١	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١	٠	٠	٠
اتيفوئيديات	٠	٠	١٨	٣	٠	٠	٢٣	٣	٠	٠	٠	٠	٣	٠	٠	٠	٠	٠	٢٧	٥	٠	٠	٠	٠	٤	١	٠	٠
الجذام	٠	٠	١	٠	٤	٢	١	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٦	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٢	٠
السل الرئوي	٤	٠	٤٠	٣	١٠	٧	١٨	٠	٥	٢	٢	٠	٠	٠	١	٠	٢	٠	٣٥	١٠	٢٠	٤	٨	٠	٢٤	٦	٠	٠
الحصبة	٠	٠	٣	١	٠	٠	٠	٠	٠	١١	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١١	١	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
داء النكفة	١١	٠	٨	٠	١	٠	٣	٠	٢	٠	٤	٠	١	٠	٥	٠	٦	٠	٢	٠	١	٠	٨	٠	١٣	٠	٢	٠

بيان حادثات الامراض السارية فى العراق فى شهر حزيران سنة ١٩٢٦ مأخوذ عن التقارير الاسبوعية الصادرة من مصلحة الصحة العامة

الامراض	اربيل		بغداد		بصرة		حلة		ديالى		ديوانية		رمادي		سليمانية		عمارة		كربلا		كركوك		كوت		موصل		منتفك	
	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات	اصابات	وفيات
الجدري	٠	٠	٢٩	٨	١٤	٢١	٠	٠	٤	٠	٠	٠	٠	٠	٤	٠	١	٠	٢	٠	٠	٠	١	٠	٠	٠	١	٠
السعال الديكى	٢٦	٠	٠	٠	٠	٠	١	٠	٢	٠	٧	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٢٥	١	٢٢	٠	٢	٠	١٦	٠	٠	٠
الطاعون	٠	٠	٤٨	٢٩	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
الخناق	٠	٠	٢	١	١	٠	٠	٥	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١	٠	٠	٠	١	٠	٠	٠
البثرة الخبيثة	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١	٠
التيفوئيديات	٠	٠	٢٢	٢	٠	٠	٢٢	٢	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١٠	٥	١٧	٢	٠	٠	٠	٠	١	١	٢	٠
الكزاز	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
الجذام	٠	٠	٢	٠	٣	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
السل الرئوي	٢٥	٠	٩	١	١٤	٤	١٤	١٢	٣	١	٣	٠	٠	٠	٠	٠	٣	٠	٥٣	١٤	٥	٠	٠	٠	٣٤	٤	٤	١
الحصبة	٠	٠	١	١	٣	٣	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٣	٠	١٦	٢	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
داء الكنكفة	٤	٠	٣	١	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١	٠	٠	٠	١٨	١	٣	٠	٠	٠	٠	٠	١٣	٠	٠	٠
النزلة الصدرية	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٢	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
شبه جدرى	٠	٠	٠	٠	١	٠	٠	٠	٤	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
تيفوس	٢	٠	٨	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٢	٢	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠

المجلة الطبية البغدادية

THE BAGHDAD MEDICAL REVIEW

رئيس تحريرها

مجلة الجمعية الطبية البغدادية

مديرها
الدكتور صائب شوكت

رئيس تحريرها
الدكتور هاشم الوتري

تشرين الاول سنة ١٩٢٦ — ربيع الثاني سنة ١٣٤٥

الاشتراك السنوى ٥ ربيات — ثمن النسخة ١٢ آنة

المراجعه فى جميع مايخص المجلة تكون باسم الدكتور صائب شوكت في المستشفى الملكى في بغداد

بغداد * مطبعة العراق

المقالات الأساسية

الدكتور جورج جيفاري	اعراض مصلية في معالجة الطاعون ص ٨٢
« نظام الدين	ما وصل اليه العلم في الحال الحاضر من تدرن الرئة ص ٨٩
« سلمان غزالة	التلقين ص ٩٩
« حنا خياط	تحرى الشعر ص ١٠٤
« سامي شوكت	الاغذية ص ١١١

المقتبسات

الدكتور هاشم الوتري — سن مائت محشو يصبح منبعا لعدوى الدم بالميكروبات العقدية ص١١٩
حادثة التهاب تنتشر في غضروف الجفن ص ١٢٠ · الادرينالين في وقوف القلب ص ١٢١ · مولدات الضد للانفلوانزا في معالجة الالتهاب الدماغي السباقي ص ١٢٢

عودة جلالة الملك المعظم · جلسات الجمعية الطبية البغدادية ص ١٢٣ · البعثة الطبية الاولى · وفاة الدكتور بري ص١٢٥ · كتاب فذلكة الطب ص١٢٦ · ملخص التقرير الشهري لادارة صحة العاصمة ص١٢٧ · التقرير السنوى لمصلحة الصحة العراقية ص ١٣٠

المجلة الطبية البغدادية
THE BAGHDAD MEDICAL REVIEW

العدد الثالث — السنة الثانية — تشرين الاول سنة ١٩٢٦

المقالات الأساسية

اعراض مصلية
في كافة العقد الليمفاوية العمومية
على اثر معالجة داء الطاعون

للدكتور جورج جيفارى

ان نوع الطاعون الاكثر حدوثا هو بلا شك النوع العقدي · وبالرغم من كونه اكثر حدوثا من الانواع الاخرى فان انذاره اقل خطرا من الانواع التسممية الدموية (Septicémiques) والاشكال المعوية والرئوية الا اذا انقلب المرض الى احدى هذه الانواع او تضاعف بها كما شاهدنا حدوث ذلك احيانا في آخر المرض · اما تشخيصه فهين جدا مالم يكن الحادث منفردا وآخذا شكلا غريبا او حصل في بلد لم يشاهد فيه الداء سابقا حينئذ يحق التردد فيه فيجب حالا استخدام كل الوسائل الفنية لتشخيصه وابعاد فكرة احتمال وجود اي مرض سواء من الامراض التي ترافق بتضخم اوالتهاب العقد الليمفاية الموضعية اوالعمومية · ولا يوجد اوثق وسيلة للتأكيد من رؤية الجرثومة الطاعونية تحت المجهر مباشرة او بعد زرع المادة المستخرجة من العقدة الملتهبة او زرقها الى الجرذ او الى الخنزير الهندي (الكوباى Cobaye)

غير ان تشخيص المرض احيانا لاينحصر في اول الداء فحسب بل قد يحصل الارتباك بعدئذ كما جرى لنا · فبعد التشخيص وتأكيد وجود حادث داء الطاعون ومعالجته بالمصل النوعي (Spécifique) قد شاهدنا تورما في جميع العقد الليمفاوية بعد زوال الداء تماما ببضعة ايام في مشاهدة سريرية ننقلها الى القراء بالتفصيل وهي :

في صباح ١٨ ايار سنة ١٩٢٤ عرض علينا طفل اسمه مارشال له من العمر ٥ اشهرا يشكو من حمى شديدة اعترته

منذ نصف الليل مع امساك فى البطن · وفي الايام السابقة كان الطفل متمتعا بصحة تامة · هذا كل ماذكر لنا من قبل اولياء الطفل ·

عندما القينا اول نظرة الى المريض أبناه فى حالة سباتية مغمض العينين وهو يتنهد بين آونة واخرى ويرتجف ويتنفس تنفسا سطحيا سريعا (٨٥ في الدقيقة) وظاهر عليه ضيق النفس من عدد التنفس ومن زيادة توسع فتحتى انفه · يبوسة شديدة فى الشفتين والاغشية المخاطية والاسان كان مشوبا · ولدى الفحص الطبي لم نتحقق في جسمه ادنى علامة تدل عَلَى تمركز مرضه فى احد الاعضاء الاساسية لافي الرئة ولا فى القلب ولا في البطن ولا فى عضو من اعضاء الرأس اوالجهاز العصبي وكان القلب يدق بسرعة زائدة ويكاد النبض لايعد والطحال قابلا للجس والحرارة مرتفعة الى اعلى من درجة ٤٠ سنتغراد · ولم يمكننا تحليل الادرار ·

انما الشيء الذي جلب انتباهنا هو اننا لما اردنا بسط الطفل للمعاينة كان يتمنع من مدساقه الايسر الذي كان مطويا عَلَى بطنه الا اننا تمكننا من مده وحينما بحثنا المنطقة المغبنية بالجس لاحظنا ان الطفل يدافع بجر رجله ويئن وكان يرى على سيماه قليلا من امارات الالم لكننا مع كل ذلك لم نقدر نتأكد من وجود ادنى انتفاخ عقدي لنفاوي · غير اننا بناء عَلَى مشاهدة حوادث اخرى من داء الطاعون في المدينة فى تلك الآونة وحالة الطفل العمومية الدالة على مرض عفنى جدى واحساسية المنطقة المغبنية اليسرى بدون وجود اسباب ظاهرة كجرح اوتقرح في الساق اوحول هذه المنطقة ذهب فكرنا الى وجود داء الطاعون · وبينا لوالدة المريض احتمال ظهور علامة اي تورم فى المحل المشتبه فيه ولزوم زرق المصل لولدها · الا انها لم ترض بذلك معترضة اننا لم نتأكد وجود الداء · ولما رأيناها مصرة عَلَى رأيها اشرنا عليها ان تخبرنا بكل مايحدث لطفلها فى ذلك اليوم اوفى الغد بدون تأخير بعد ان وصفنا مارأينا ملائما لحالة المريض ·

بعدما انصرفوا بخمس ساعات رجع والد الطفل الينا مخبرا ان المحل الذي جسسناه صباحا قد ورم كثيرا · فذهبنا حالا معه وشاهدنا في المنطقة المغبنية تورم عقدة لمفاوية تورما يقارب حجم الجوزة ولا يمكن مد ساق الطفل الايسر تماما من شدة الالم · فلم يبق لنا اذذاك اقل ريبة في داء الطاعون فاستجلبنا للحال المصل النوعي الموجود في البلد (وهو تجهيز معهد باستور في باريس) وزرقنا الطفل ٢٠ س م٣ وتركنا المريض في تلك الحالة ·

وفي اليوم الثاني وجدنا : ارتفاع الحرارة ذاته (٤٠٫٥) ونفس الاعراض السابقة الا ان الحالة العمومية تحسنت وكان الطفل يرضع احسن من الامس · نومه هادئ يفتح عينيه ويشعر بما حوله · وهي حالة استبشرنا بها فزرقنا ٢٠ س م٣ اخرى وانصرفنا ·

في اليوم الثالث : هبوط الحرارة الى درجة ٣٨٫٥ الحالة العمومية جيدة جدا · تورم العقدة اقل · زرق ٢٠ س م٣ من المصل ·

فى اليوم الرابع : الحرارة ٣٧ فقط · لايشكو الولد من شئ لم يتغير ورم العقدة · زرق ١٠ س م٣ من المصل ·

فى اليوم الخامس : حرارة ٣٧ حالة عافية زرق ١٠ س م٣ من المصل ·

في اليوم السادس : الحالة ثابتة · سوى ان حجم العقدة اخذ شكلا متحجرا ثابتا · ولا يظهر ان الورم قابل للتصريف في الوقت القريب ·

تركنا الولد فى حالة الصحة الى اليوم التاسع من مرضه حيث وجدنا اهل المريض قادمين الى محل عيادتنا حاملين الطفل الينا وهو مصاب منذ مساء الامس بنفخ في القدمين وفي مفصليهما مغطى ببقع حمراء زرقاء شرابية يمتد ذلك من القدمين الى فوق الركبتين ويرى بقع اخرى منفردة ومتفرقة عَلَى البطن والوجه وقد ارتفعت الحرارة كما كانت فى اول المرض ·

فى الحقيقة ان حرارة لطفل كانت تتجاوز الـ ٤٠ْ وان انتفاخ واحمرار الساقين والقدمين خاصة كانا في درجة ان الجلد صار يلمع ويكاد ان يتشقق ويقطر دما من شدة التوتر الورمى ومن اجل تورم المفاصل ايضا كان المريض يصرخ ويضطرب كلما كنا نلمسها او نحركها · وعلاوة عَلَى تلك الاعراض شاهدنا تورما يقارب حجم البندقة الصغيرة في كافة العقد اللمفاوية المغبنية والابطية وتحت الفكية · · · وهي اعراض اوقعتنا فى الحيرة وكانت الداعى لنشر هذا المقال · غير ان حالة الطفل العمومية لم تكن رديئة ابدا ولا الاغشية المخاطية يابسة محترقة مثلما كانت فى بادئ الداء ·

بعد التردد والتفكر مليا قررنا واعتقدنا ان حالة المريض الجديدة هذه ليست الا اعراض مصلية لاغير لدواع سوف نذكرها بعد قليل · فطمأننا اهل المريض وهدأنا اضطرابهم عَلَى حالة طفلهم مبينين لهم ان هذه الاعراض تزول بعد بضعة ايام · غير ان اعتقادهم فى كلامنا ضعف فى اليوم الثاني لبقاء مريضهم في عين الحالة · فما لبثوا ان جاؤنا مساء ومعهم انابيب مصل داء الطاعون لازرق بها الطفل من جديد حسب تشخيص ووصفة احد الزملاء المعروفين ومراجعتهم لنا (ولوان طبيبا آخر وصف تكرار استعمال المصل) كانت برهانا لتعلقهم بنا وامتنانهم منا لتخليصنا ولدهم من مرضه الاول · غير اننا كررنا كلامنا السابق عليهم وتمنعنا من زرق المصل وطلبنا الاجتماع مع الزميل للمذاكرة · وبعد مواجهتنا الزميل اصر هذا عَلَى رأيه ونحن كذلك عَلَى رأينا · فلما رأى والد الطفل اختلاف الاراء اخذ انابيب المصل ورماها فى الارض امنا بالقدر وقائلا : ليحدث لولدي ما يشاء الله · والله شاء ان يشفي ولده · اذ ان كل الاعراض المصلية وارتفاع الحرارة وانتفاخ العقد اليمفاوية العمومية فارقته تماما عقب ثلاثة ايام بدون تكرار زرق المصل · ولم يبق من الحالتين الاولى والثانية الا تورم العقدة المغبنية الاصلية التى لم تذب تماما الا بعد مرور بضعة اشهر · وهكذا تأكدنا من تشخيصنا ومن وجود تعامل في العقد اليمفاوية ناتج من تأثير المصل ومعدود من اعراضه ·

فبناء على وصف حالة مريضنا الجديدة اسي بمناسبة رجوع التورم العقدى مع ارتفاع الحرارة الزائده تحصل الحيره والارتباك في التشخيص ونتسائل : أهل نحن ازاء انتكاس المرض كما ذكر حدوث ذلك باروزى (Barozzy) فى افريقيا وفير weir فى بومبي الهند؟ ام ان المرض عاود مريضنا كما يقر بامكان ذلك برتر ندوارنود ومانتيون وسيموند وفير وساكيه وكارسان ؟ انما معاودة المريض تحدث عادة عقب بضعة اشهر من شفاء المريض ويمكن

تكرار تلك المعاوده مراراً متعدده في ذات الوباء الواحد . ام اخيراً نحن تجاه اعراض مصليه وليس لداء الطاعون اذ ذاك دخلا في هذه التورمات الليمفاويه العموميه ؟

ان الاتفاق تام بما يختص بالاعراض المصليه المألوفه التي حصلت عند مريضنا اي : تورم المفاصل واوجاعها انتفاخ الجلد والنفاط او البقع الملونه (Urticaire) الاورتكاريه . وارتفاع الحراره معها . ولا ينجم الاختلاف او التعقد التشخيصي الا في معرفة سبب الامراض المقديه الليمفاويه الحقيقي :

فعامة الاطباء تقبل على وجه الاجمال امكان حصول التعامل في العقد الليمفاويه الموضعية او العموميه بعد زرق المصل مهما كانت محتوياته (هنا نجلب انتباه القارى) اى كان ميكروبيا حاويا جراثيم مكيفة الحال حسب تطلب الداء الذى لاجله استحضرت او كان مصلا بسيطا خاليا عن كل جرثومة . وهكذا فقد ذكر موريكاند وجيرادو وبوفيه في جلسة ٨ كانون الثاني سنه ١٩٢٤ لجمعية المستشفيات الطبية في مدينة ليون ثلاث مشاهدات خناق ظهر فيها تورم الغدد الليمفاوية بعد زرق المصل المعد لهذا الداء . وانه وجد تزامن او على الاقل تعاقب في الاعراض المصليه كالنفاط وتورم العقد الليمفاويه وارتفاع الحرارة وآلام المفاصل . . ويكون الانتصاص فيها سريعا .

ويرجع سبب انتفاخ العقد الى مرض المصل اي يعد من الاعراض المصلية . وقد شوهد ذلك التعامل ايضا حتي بعد زرق مصل حصان سليم الصحة الى اشخاص غير مصابين بمرض عفني . غير انه حسب تقرير المؤلفين السابقين من الصعب ان يوكد نفي العامل الميكروبي في ذلك . لان انتفاخ العقد الليمفاويه يشاهد عادة في منطقة العقد الراجعه الى محل الالتهاب الاولي (اذا زرق المصل في مرض التهابي) هذا مما يختص بالتورم في العقد الموضعيه كما يحصل في داء الخناق مثلا في الجهاز الليمفاوي العنقي .

اما تورم العقد الليمفاويه العمومية فقد ذكره له كونت وياكوبل في اجتماع لجمعية المستشفيات الطبيه الباريسيه في تاريخ ٧ اذار سنه ١٩٢٤ حيث نقلا مشاهدة تورم في كافة العقد تحت الفكيه والابطيه والمغبنيه عقب زرق مصل الغنغرينا الرئويه . وقد بلغ الانتفاخ في العقد الى درجة انها شكا في وجود اديتوفلكمون (Adéno Phlegm-on) وكان اضمحلال وذوبان تلك التورمات العقديه سريعا كما ابتدأ . والاعراض المصليه التي انكشفت بعد بضعة ايام اوجاع في المفاصل ونفاط جلدى اكدت ان اصل الاعراض العقديه كان المصل .

وقد ذكر نيتر (Netter) انه صادف احيانا كثيرة بعض التورم في العقد الليمفاويه بعد استعمال المصل . وان فون بيركة (Von Pirquet) قد جلب الانتباه الى هذا التفاعل الليمفاوي بعد زرق المصل .

ويؤيد دوفور (Dufour) تلك الاعراض في مشاهدات داء الخناق عولجت بالمصل النوعي .

وقد سبق ل . مارتن (L. Martin) واعلم منذ اول استعمال المصل في الطب عن امكان حصول تعامل في العقد الليمفاويه العموميه . وقد تأكد له ذلك في اختباراته على مصل داء الخناق . ويعتقد ان هذه الاعراض

تشاهد خاصة عند المصابين بعلة عفنية ينسبها الى تعامل دفاعي ضد التوكسين او ضد الميكروبات المستقرة في العقد الليمفاويه .

وقد وضع نفس الموضوع على بساط البحث في ذات الجمعية الطبية الباريسيه في اجتماع ٢١ اذار سنة ١٩٢٤ حيث تكلم باستور فاليري رادو Pasteur Vallery Radot قائلا : ان تورم العقد العموميه التابع لزرق المصل ليس من الحوادث النادر وقوعها . ولا يحدث برافق عادة النفاط المصلي واحيانا يسبق النفاط ببضعة ايام كما ذكر له كونت وياكوبل Le Conte Yacoél او انه يكون العارض الوحيد بعد زرق المصل

نستكفي بما تقدم برهانا لوجود اعراض مصلية تظهر في العقد الليمفاويه واحتمال حدوثها وحدها بدون اعراض اخرى . انما حسب نظرنا تختلف اهمية هذه الاعراض العقديه اختلافا شاسعا حسب المرض الذي ظهرت بعده وهكذا لما نشاهدها مثلا بعد زرق المصل في داء الخناق او الغرغرينا كما رواه المؤلفون السابق ذكرهم لا نخاف من تمركز داء الدفتيريا او داء الغرغرينا في هذه الانسجه ولا نختلج عن مصير المريض من جراء ذلك . ثم اذا لا نرى داعيا لمتابعة زرق المصل . انما الحالة ليست كذلك اذا ظهرت الاعراض العقديه عقب معالجة داء الطاعون ، لاننا نعلم ان الاعراض العقديه هي العلامة الاساسيه المميزه في النوع العقدى من الطاعون . وانها لا تعتبر ابداً بين الاعراض الفارقه لداء الخناق او الغرغرينا او غيرها من الامراض العفنية الاكثر حدوثا . خاصة اذا لم يرافقها او يعقبها ويسبقها اعراض مصلية اخرى كما شاهد باستور فاليري رادو . حينئذ يجب البت في سبب هذه التورمات العقديه . فان كانت ناتجة من المصل فلا خوف على المريض ويقتضي ترك المصل جانبا . اما اذا كانت علامة انتكاس المريض او رجوع المرض اليه فيجب للحال تكرار زرق المصل بعكس ما تتطلب الاعراض المصليه

ولا يخفي على احد منا كم يحتاج الطبيب المعالج في هذا الحال الى حس سريري خاص دقيق لتمييز الاعراض ونسبتها الى سببها الحقيقي خاصة اذا كان بعيدا عن المعاهد التحليلية . ولا يجوز له ان يتأخر ابدا في اتخاذ الخطة التي يجب اجراؤها قبل فوات الفرصة وتشبع الجسم بالتوكسين او استيلاء الميكروب على القوى الدفاعية وانتشاره في اماكن شتى من الجسم او انقلابه الى الانواع التسممية او الرئيوية وهذا على فرض ان الاعراض طاعونية لذلك يجب عليه ليس فقط اعتبار الاعراض الموضعية او العمومية العقدية فحسب بل عليه ايضا بملاحظة الحالة العمومية وما يرافقها من اعراض سابقة او حديثة ومقابلة الحالة الثانية مع حالة المرض الاولى لتحليل الاعراض جميعا ونسبتها سريريا الى مصدرها . وهذا الحس السريرى الطبيعي او المكتسب من الاختبار يسوغ للطبيب الاعتماد احيانا على رأيه والعمل به كما فعلنا نحن . الا اذا كان الاستنجاد بالمجهر ممكنا فالاحرى به ان ينير طريق التشخيص ويرشد الى الحقيقة الراهنة ولا يجوز التخلي عنه الا اذا كانت الظروف توجب ذلك .

وسبب عدم استعانتنا بالتحليل المجهرى في مشاهدتنا كان تمنع اهل المريض من باب التقليد والجهل كما اعترضوا على استعمال المصل في اول مراجعتهم لنا .

اننا نشبه الاعراض المصلية الليمفاوية العمومية او الموضعية في داء الطاعون بالاعراض المصلية السحائية التي تحدث بعد معالجة التهاب السحايا الدماغية الشوكية الوبائية حيث قد تاخذ الاعراض المصليه مشهدا ينطبق تمام الانطباق على اعراض المرض الاصلي الذي لاجله زرق المصل . ولا تختلف عنه شيء الا ربما احيانا ببعض علائم سريرية غير كافية لا يصح في اغلب الاحيان الاعتماد عليها وحدها لتمييزها عن المرض الاصلي . ولذلك يقتضي استعداد المجهر او غير الوسائل التحليلية لتحقيق وتاكيد التشخيص وتاييده على اسس ايجابية مطلقة قبل تكرار زرق المصل من جديد بدون تاكيد التشخيص . لان الاعراض المصلية السحائية تزيد حينئذ وخامة (على فرض ان الاعراض مصلية) اما اذا كان التحليل غير ممكن قطعيا يتبع الطبيب حسه السريري ويعمل بموجبه بدون جسارة غير معقولة (على كيس المريض) اوتوقف وخوف بلا برهان .

نؤمل نجاح اكتشاف ده ريل (D 'Herelle) اي معالجة داء الطاعون (النوع الدرني) بطعم مجهز من آكلة الميكروب الطاعوني Bachériyphage. Specifique) بزرق موضعيا في العقدة التي استقر فيها المرض .

«F. D 'Herelle: Presse Médicale Le 21 October 1926» وهكذا تمحي من فصل الطاعون ومن نصيب المطعونين الاعراض المصلية ويكون تقدما عظيما وبسهولة فائقة في معالجته .

اما الآن لنرجع الى الاسباب التي جعلتنا ان نعتقد ان الاعراض العقدية العمومية اعراض مصلية لا طاعونية ذكرنا ان لتشخيص حالة كالتي شاهدناها يجب مقابلة الاعراض التي كانت في اول الداء باتي اعقبتها بعد زرق المصل . كذلك لا يجوز التعلق بالاعراض الموضعيه فقط كتورم العقد مثلا بل يجب اعتبار كل الاعراض وتناسبها مع بعضها بعضا ولو ان العقد الطاعونية لها مميزات خاصة بها دون سواها . واننا نقر ان اعتقادنا بتشخيصنا الثاني لم يكن مبنيا الا على اعتبار الحالة العمومية عند المريض . ففي اول مرضه وجدنا ان حالته العمومية كانت سيئة للغاية اي نناتاكدنا معادلة بين الاعراض وبين خطورة طبيعة المرض ولو اننا لم نشهد الا انتفاخ عقدة ليمفاوية فقط . اما في الحالة الثانية رغما عن تعمم التورم العقدي ونفس ارتفاع الحرارة الزائدة لم يحصل تغيير في الحالة العمومية . ولم يكن ذلك التفاوت على زعمنا بين شدة الاعراض وهذه الحالة العمومية الا لاختلاف الاسباب عن الحالة الاولى . لاننا نعتقد ان استيلاء الميكروب على كافة العقد اليمفاوية في داء الطاعون يدل على خسران الجسم دفاعه واستسلامه الى بطش الجراثيم . وفي ظروف كهذه يفهم ان لابد من ظهور علامات عمومية تنذر بوخامة الحال والعاقبة وتشير نوعا الى الاسباب ان كانت جدية او طفيفة . ثم اننا دعمنا تشخيصنا بمعرفتنا احتمال حدوث اعراض مصلية

تظهر في العقد الليمفاوية . لذلك رمينا عنا فكر انتكاس المريض او ايضا احتمال وجود الطاعون مع الاعراض المصلية الاخري

ولكن الفحص السريري وان يكن كاف في بعض الاحيان لوضع التشخيص وسن الخطة اللازم اتباعها الا انه ناقص وضعيف في اوقات اخري . فنحتاج بلا شك الى التحليلات المجهرية . وبما اننا نبحث عن النوع العقدى نذكر ماذا يجب عمله لكشف الجرثومة الطاعونية عندما نكون ازاء حالة كالتي صادفناها ونقلناها :

يمكن استكشاف جرثومة الطاعون في الدم او في العقدة المتورمة :

١ : في الدم : على وجه الاجمال ان الجرثومة الطاعونية لا توجد في الدم الا في الانواع الخطرة وفي اواخر المرض اي بقدر ما يتقرب المريض الى حتفه ويتحتم عليه . اذا عبثا نضيع الوقت في اخذ الدم في بدء المرض او في الانواع الخفيفة منه ثم ان نتيجة الفحص المجهري تختلف ايضا حسب الطريقة المتبعة لرؤيه الجرثومة . ففي فحص المادة مباشرة تحت المجهر كالفيرت (Calvert) وجد ان النتيجة ايجابيه في ٣١ مشاهدة قتالة بين ١—٣١ اى $\frac{٣٫٢٢}{١٠٠}$ — $\frac{١٠٠}{١٠٠}$ استخرج فيها المادة بين ١٢—٢٤ ساعة قبل الوفاة . اما النتيجة بعد زرع الدم ثم فحصه فالايجاب يصادف اكثر حتى وفي الايام الاولي من المرض . على وجه العموم اذا كان الميكروب يرى بالمجهر مباشرة $\frac{٣}{١٠٠}$ ففي زرع الدم يشاهد $\frac{٤٠}{١٠٠}$. وتطبيقا على الممارسة الطبية يظهر جيدا ان الدم لا ينقل الطاعون الا متى تكاثرت فيه جدا الجراثيم . وهذه الظروف لا نصادف ابدا الا في الانواع القتالة عند حلول النزع . وهذا ما يشرح لنا عدم سريان المرض الى اهل المريض المتراكمين حوله في مسكن ضيق المجال

وللاختبارات المجهرية يؤخذ مقدار من الدم يتراوح بين ٥—١٠ س م٣ يزرع في المرق العادي . فاذا كان الزرع ايجابيا يرى ان السائل يصفى وفي قعره حلف (Grumeaux) ثم لاجل تجريد الميكروب يؤخذ من الزرع الاول ويزرع في انبوب على سطح الجيلوز ثم يعرض تحت المجهر . وجرثومة الطاعون لا تتلون بطريقة جرام .

٢ اذا كان الميكروب قد استولى على الجسم وانتشر وتكاثر في الدم يهون وجوده فيه ولكن بما ان ذلك لا يحدث عادة لذلك يجب التفتيش على الجرثومة في محل استقرارها اي في العقدة المتورمة او الاكثر تورما اذا كانت العقد المتنفخة متعددة كما صادفنا في حادثنا في المشهد الثاني من مرضه . ولكن يجب بزل العقدة قبل انفجارها والا اذا كانت مفتوحه تكون مفعمة بالجراثيم المختلفة التي تعيش على سطح الجلد . ثم يجب تطهير الجلد تماما لئلا تختلط جراثيم اخرى مع المادة المستخرجة فتضل النتيجة . اخيرا يلزم بزل العقدة في قلبها . فمادة تبقي مادة في الابرة وبعد ما تجر يوضع ما احتوت عليه قسم منه في انبوب الجيلوز للزرع كما ذكرنا انفا والقسم الآخر على الزجاج ليعرض مباشرة تحت المجهر . انما البعض قد انتقدوا البزل قائلين انه يساعد احيانا على تعمم الجراثيم في كل الجسم ولذلك يشيرون بزرق المريض

١٠ س م٣ من المصل النوعي منعا لذلك التعمم . الا اننا لانرى ان ذلك التحفظ محتما الا في اول المرض حيث لايوجد الا تورم عقدة فقط اي ان الميكروب متمركز والشبهة قوية في نوع المرض . اما اذا كنا نظن ان العفن قد عم الجسم فليس للبزل تاثير في زيادته عدا ان المعالجة بالمصل يتحتم تطبيقها بدون تاخير .

نستنتج مما تقدم ان تعامل العقد اللمفاوية ضد المادة المصلية لا يتمركز فقط في المناطق المتعلقة بمحل الالتهاب كما ذكر موريكاند وجيرارد و وبوفيه بل يمكن ظهوره في كل العقد اللمفاوية ايضا . ثم ان نسبة هذه الاعراض المصلية اللمفاوية الى تفاعل دفاعي ضد التوكسين او ضد الميكروبات المستقرة في العقد كما نسبته تيرليس كاف دائما لان يشرح كل حادث كهذا اذ ان هذه الاعراض تحصل ايضا بعد زرق مصل عديم الجراثيم وعند مرضى غير مصابين بعلة عفنية . ونظن ان هذا التعامل اللمفاوي يمكن حصوله من تاثير مادة المصل البروتيئينية .

ليس في علمنا ان احد المؤلفين ذكر اعراض مصلية عمومية على اثر معالجة داء الطاعون كالتي ننشرها اليوم وما ذلك حسب اعتقادنا الالعدم انتباههم الى هذا العارض المصلي وعدم التفكر فيه والتفتيش عليه اوربما لقلة حدوثه . ولا يخفى على الطبيب الممارس اهمية وجود هذا الحادث الخطير بعد معالجة داء الطاعون بالمصل كما بينا سالفا . وها اننا نعرض مشاهداتنا وملاحظاتنا على الزملاء المحترمين ليبدوا رأيهم فيها ويوافونا بملاحظاتهم اوليثبتوها ويستعدوا عند حلول الفرصة وهذه لاتندر في العراق .

ما وصل اليه العلم في الحال الحاضر

عن تدرن الرئة

الدكتور
نظام الدين

لقد فهم الكل الآن ان تدرن الرئة هو اكبر مصائب للبشر وانه اعظم مرض ساري لقد أبان الاخصائيون المشتغلون بالتجربات في التدرن ، ان هذا المرض الهائل يسري وينتقل بين الاشخاص بالشرائط الآتيه :

تصاب الرئة بالتدرن بواسطة الاستنشاق (inhalation) دائما

وكان الظن سائداً حتى الآن بأن باشلس التدرن الداخلة الى الرئه عن طريق مجاري التنفس ، يتثبت في ذروة تلك الرئة ، ولكن الواقع اثبت خلاف ذلك ، وذلك ان الباشلس بعد ان يدخل الى الرئة عن طريق التنفس ينتخب بعض مناطق الرئه فيتثبت فيها

هذه المناطق هي القسم الذي فوق الفص الاسفل للرئه والاماكن التي هي حذاء حافات الرئه وحواشي الشقوق التي في الرئة . فالباشلس الذي يستقر في هذه المناطق ينمو زرعه فيها فتتلقح ومن ثم تتكون القرحة المسماة قرحة التلقيح Chancre d' inoculation وباشلس كوخ الذي يتكاثر في قرحة التلقيح ينتقل الى سرة الرئه بواسطة الاوعية اللنفاويه فيستولي على العقدات اللنفاوية هناك فيلقحها ويحدث فيها التهابا . وهذه هي المرحلة الثانيه وهي في غاية من الاهميه

وهنا يجب ان نتذكر ملاحظة تشريحية كثرة العقدات اللنفاوية في سرة الرئة ووضعيتها واتصالها بالاوعية

اللنفاوية واشتراكها معها : فان سيل الباشلس الوارد الى هنا بسبب انتان العقدات فتكون مجموعة العقدات المنتنة (Bouquetes Ganglionnaires) مخزنا للباسيلات فتجتهد العضو بقطلبا للمدافعة في حصر الباشلسات المتجمعة في هذا المخزن وتضعها في اكياس وتحبسها هناك وتحدد اعمالها المضرة وتسعي لصيانة البدن من شرها المدة . وهذه المدة التي يبقى فيها الباشلس مقيدا هي دورة البطائة والتوقف وستعطي الايضاحات اللازمة عن الاهمية التي تحرزها هذه الدورة في السريريات الطبيه ان اعراض دورة التوقف السريرية لا تظهر في بادئ الامر بوضوح . فالباشلسات محبوسة وفعاليتها ناقصة . وهي في حالة سبات في الاماكن التي توجد فيها .

اذا كانت قرحة التلقيح في الطفل الرضيع قد حدثت من دخول الباشلس الى رئته عن طريق الاستنشاق — فنظرا لان انتان الطفل الرضيع يكون سيره سريعا — فان تلك القرحة تسبب انتان العقدات اللنفاوية لذلك الطفل بسرعة . والباشلس الوارد الى هنا يولد فيه الانتان العام بسرعة تامة بدون ان ينكمش او يتوقف ، فيؤدي به الى الموت العاجل .

فاذا حدث الانتان الدرني في مثل هذا الطفل بتأخر قليل عن ذلك العمر فيكون الباعث لهذا التأخر هو قلة الباشلس الذي سبب قرحة التلقيح وقلة سمومها نسبة . وحالة الاعتدال للانتان هذه تضاعف مقاومة الطفل تجاه الانتان الدرني وذلك بتأثير الحال المسمى في نظر الفسيولوجيا المرضيه الاشباع المستمر Impreg- natiou Coutinuelə) والتدرن الانتاني في الولد

الذي في هذا السن من العمر يقطع مراحل مختلفة . وقد يصل التعامل الذي في العقدات اللنفاوية في بعض الاحوال الى الافراط . فيكون هو المسيطر في ساحة المرض ونموذج ذلك في السريريات هو التهاب العقد اللنفاوية للقصبة الهوائية والشعب والباشلس المتوضع في العقدات اللنفاوية لسرة الرئة والذي ينطلق من مخزنه بين حين وآخر ، يستولي على الرئة من جديد . وهو بهذا الاستيلاء اما ان يتعرض لنسيج الرئة رأسا فينتشر فيه واما ان ينفلق الباشلس المهاجم من بعض العقدات اللنفاوية المفعمة به فينصب الى احدى قصبات تلك العقدة فيجرى نفوذه على القصبات . وهذه الصفحة التعرضية هي التي تدعى بالصامة القصبية (Embolie Bronchique)

ان اهمية هذه الصفحة تختلف بحسب وخامتها:

ان الباشلس الذي يفلت من العقدة اللنفاوية المحبوس والمقيد فيها يسير في بعض الاحيان في طريق آخر في غاية الخطر ، تنفتح العقدة اللنفاويه المخزونة بالباشلس الى وريد مهم من اوردة الرئة .

والحالة التي تسمى الصامة الدموية .Embolic San (guine) هي هذه . وهذا الحادث ينجر الى عاقبتين

الاولى ان الدم يتلوث بالباشلس (Bacilhémia) ومنها تتظاهر الحالة الهائلة المسماة غرانولي Granulie

الثانية ان الباشلس يستقر مرة ثانية في منطقة محدودة من الرئة وهذه العاقبة هي طبعا اهون العاقبتين شرا .

ان الانتان الدرني للرئة بعد ان يتأسس في الطفولية الثانية بهذه الصورة يكتسب حالتين :

الاولى انه بداوم على سيره · فهو يرسم اللوحه السريرية بجملة من الاعراض التي تحتوي على الدلائل والاعراض الخاصة به والثانية هي انه ينكبس في المكان الذي هو فيه مجردا عن اجراء افعاله · ولكنه يعمل على ايجاد محاريق بطيئة حاملة للادران في مناطق الرئة المختلفة · وهذه المحاريق ذات الباشلس انما هي مصدر التدرن الرئوي الذي يظهر في المستقبل في الكهول ولذلك فمن المهم جدا لدى المتوغلين في السريريات الداخلية لاجل تشخيص وانذار ومداواة التظاهرات الدرنية في الكهول ان يتحروا ويدققوا هذه المصادر الدرنيه — من حيث المنشأ والمبدأ — التي تحدث في الطفولة الاولى او الطفولة الثانية ·

لقد بينا فيما تقدم مجملا الانكشاف الذى وضعه امامنا العلم فى الحال الحاضر عن تدرن الرئه · والآن فندخل في بيان المقصد الاصلي ·

ان ما سنعرضه من البيانات يحتوي صفحتين مهمتين لتدرن الرئة ·

١ — تدرن الاطفال الرضع ·

٢ — تدرن الطفولة الثانية ·

ان الباعث الوحيد لتدرن الرئة فى الاولاد في التطبيقات هي السراية · ان الاطفال المولودين حديثا والسالمين من انتان التدرن يكونون في غاية الحساسية عند مواجهة انتان التدرن · وكثيرا ما شاهدنا الاطفال الرضعاء الذين يصابون بسراية كهذه في المدن الكبيرة والمساكن المزدحمة بالسكان والعائلات المحرومة من المداراة الصحيه

وتجربات التشريح المرضي ، والتعامل الجلدي (Cutireaction) يثبت ذلك ·

تسير اعداد الانتان الدرني في الاطفال المولدين حديثا كما يأتي :

بين الشهر الثالث والسادس من العمر	١٢٫٦	في المائة
بين الشهر السادس والثاني عشر «	٢٠	«
بين السنة والسنتين «	٢٤	«

وهذان الحدان يحددان الزمان الذى يرضع فيه الاطفال اما الطفولية الثانية فهي ما بين السنة الثانيه وبين السنة الثانية عشرة من العمر · وانتان التدرن فى خلال هذه المدد يعقب الارقام الآتية :

بين السنة الثانية والخامسة من العمر	٦٥	في المائة
بين السنة السادسة والعاشرة «	٦٧	«
بين السنة العاشرة والخامسة عشرة «	٨٩٫٧	«

فيظهر من هذا ان عدوي التدرن تتزايد في الاولاد بنسبه تقربهم من نهاية الطفولة الثانيه ·

ان انتان التدرن في اطفال المهود قليل نسبة · لانهم متجردون نسبة عن الكائنات الخارجية · وهذا التجرد يحفظهم نوعا ما من السراية · ولكن الولد الرضيع اذا كان يربى في حضن ام او مرضعة متدرنة يقطع مرضها مسيرته وكان معها في تماس دائم فان خطر السراية منها الي الولد يكون متزايدا ·

بعد ان يتجاوز الولد السنة الثانية من عمره ياخذ في الحركة ويدب الى كل مكان ويمسك كل شيء يجده امامه فاذا كان فى العائلة وقائع تدرن فاكثر ما يتعرض لاسباب

السراية ويكون هدفا لهاهو الولد · وعلى هذا تتزايد حوادث التدرن ·

ان عدد الوقائع التدرنية وان كان يزداد كلما تقدم الولد في السن الا ان الاصابة بالتدرن بسهولة وشدة سيره يشاهد خاصة فى الاطفال الرضعاء ·

ان الانتان التدرني الحادث بوجه ابتدائي فى الاطفال الرضعاء ، يظهر عند فتح الميت بعض الاوصاف التشريحية المتميزة ·

وهذه الاوصاف هي اهم ما اكتشفه التشريح المرضى في الازمنة الاخيرة ·

وهذه هي التغيرات التشريحية التي توصل الى احرازها عادة عند فتح اجساد الاولاد الذين يموتون بهذا الانتان في موسسات الارضاع وفى مستشفيات الاطفال · وهي جديرة بالوثوق والطمأنينة ·

ان التدرن الاولي هذا — كما ذكرناه فيما تقدم — لم يكن سوي قرحه التلقيح العادي وهي تشبه كل الشبه القرحة الدرنية التي تحدث تحت جلد القوباي (الخنزير الهندي) بتطعيم المادة الدرنية ·

لا تظهر قرحة التلقيح الاولى على ذروة الرئة · بل بالعكس تثبت فى مناطق الرئة الاخرى · وقد مر ذكر هذه المناطق التى تنتخبها ان قرحة التلقيح وحيدة مفردة تشابه عقدة الازرار (Nodule) ولكن يوجد في بعض الوقعات نويات منتشرة هنا وهناك وتكون واحدة منها كبيرة وكل من العقيدات هي بحجم يتراوح بين حجم الدخنة والفندقة · ولها شكل مخروطي وتكون ذورة ذلك المخروط متوجهة نحو القصبات وقاعدته نحو محيط الرئه ·

تدل قرحة التلقيح في الاطفال الرضعاء على الخطر والشؤم دائما · لانها تنتشر في جميع جهات الرئة بسرعة ·

وقد يعتري قرحه التلقيح الاولى تبدل في بعض الاحيان عند الاطفال المفطومين الذين قاربوا السنة الثانيه من العمر فتنكبس وتتصلب وتكون نوعا ما كموقد النار الذي انطفأت ناره · وانتان الرئه الدرني الذي يظهر في الكهول انما يشب من هذا المحراق · فان اكداس الباشلس الموجودة في هذه المحاريق تنتبه من جديد فتنثر شراراتها المشؤومه الى الاطراف · لاتكون قرحة التلقيح في الطفل الرضيع الغض الحياة محاطة بسد بل يوجد في موقع تلك القرحه منطقة متجبنه محيطها ذو احتقان ويشبه الطحال · وهو منتشر قليلا او كثيراً ويمكنه ان يشغل فصا بكامله وقد يستولى على الرئه بأجمعها · وهناك في وسط خراج التلقيح قسم متجبن وهذا هو مخزن ومسكن باشلس كوخ · وهذه القرحة وتوابعها في الرئة اعظم فتكا بالاطفال الرضعاء الذين في السنة الاولي من العمر · وهو يهلك المصابين به بدون مرحمة او شفقه لان طراوة الانسجه تكون ساحة مساعدة لاجراء الباشلس القوى فعاليته فيها · فهو يعجل على الاطفال بالموت ·

وعندما يجوز الطفل الرضيع السنة الاولى فان الشدة والتوسع القديمان لقرحة التلقيح يتوقفان قليلا فتكتسب القرحة شكلا مدوراً والكتلة الجبنيه التي في وسطها تحاط بجلدة ليفيه · ويكون الباشلس محبوسا فيها والقرحة

الدرنيه التي يعتريها هذا التبدل تفقد خطرها القديم· ولذلك فان ضحايا التدرن تقل بين الاطفال الرضعاء لذين يجتازون السنة الاولى ·

لقد شاهدنا فيما تقدم اللوحة المفجعه التي خططها التشريح المرضي في الايام الاخيره · فما علينا الا ان ننتقل الى بيان التطبيقات السريرية التي هى صددنا الاصلى :

وسأعرض امام انظار الاخوان الوقائع السريرية التي هى اكثر ما نشاهدها في التطبيقات فى بغداد ، وقبل كل شيء نضع امام انظارهم المدققه اللوحة الآتيه :

تعرض عليكم ام طفلها الرضيع البالغ من العمر ستة اشهر والذي هو فى حضن المرضعة مبينة بكل تهيج وحرقة، ان طفلها لايزال محموماً مصاباً بالسعال منذ اسبوع فتشاهدون ان الولد ذابل، مصفر، متهيج ومصاب بالفقر الدموى وعسرة التنفس · وان عدد نبضه في الدقيقه ١٢٠ وحرارته تبلغ ٣٩،٥° وان عدد تنفسه في الدقيقه ٣٨ وهو يتقيأ كثيراً وبفواصل قصيرة · وهو يلفظ اللبن الذي لم ينهظم وكأنه قطع من الجبن ، وعنده اسهال وقد يتبرز برازاً أخضر ·

وعندما نري هذه اللوحة العائدة الى وظائف الرئة والجهاز الهظمى بانضمام حمى مرتفعة عليها نعلم اننا امام لوحة انتان حاد مقره الرئه ·

فلنتسمع على الرئه: نجد هناك محراقاً فى اليمين والفص المتوسط وفي محاذات الشق الاعَلى للرئة · ونسمع نفخة فى وسط هذا المحراق وخراخر فرقعيه فى اطرافه وخراخر رطبه في الاطراف التى هي بعد ذلك · وهذا هو محراق لذات الرئه والشعب ·

ومع ذلك فلا نشاهد شيئا من الامراض الانتانيه الحادة التى يمكن ان يولد ذلك كالحصبة والسعال الديكى والانفلونزا والدفتريا والحمى التيفوئيديه وانما ذات الرئه والشعب هذه هى انتان رئوي قد بدأ في الطفل مستقلا برأسه فان مريضنا الصغير لايقذف البلغ واذا كان يخرج شيئا منه فانه يبلعه ·

والآن فلنتحر اطراف المريض :

يثبت لدينا ان والدته مصابة بالتدرن · وفضلا عن ذلك فكثيراً ما صادفنا ، وياللاسف عند اجرائنا هذه التحريات ، ان الامهات في الرضاعه يكن عَلى الاكثر مصابات بالتدرن · ومن جملة مشاهداتنا علمنا بأن خادمة كانت تحمل في حضنها الاطفال الرضعاء للعائلة وهي متورمة ورأينا ولدين تربيا في حضن هذه الخادمه الاول في منتصف السنة الثانيه والثاني فى الشهر السادس من العمر قد توفيا من الانتان الدرني للرئه ·

ولنأت الآن الى انتان الرئه الدرنى الاولى المتعمم بين الاطفال الرضعاء · هذا هو صفحة انتانية اخرى · وهو التدرن الانتاني المسمى غرانولي (Granulie) ان اللوحة السريرية لهذا المرض ترتسم كما يأتي : طفل رضيع بالغ من العمر سنة وستة اشهر يصاب بانتان حاد حموى مدة اربعة او خمسة ايام وقد وصلت درجة الحراره عنده الى ٤٠ وكان عدد النبض في الدقيقه ١٣٠ وعدد التنفس يتجاوز الاربعين · وعسرة التنفس فى درجة شديدة جداً · وقد صار خد الطفل محتقنين ونشاهد في الطفل

اختلاجات من حين لآخر ، وظهر ازرقاق على الاطراف واظافير اليدين والرجلين ·

وهنا نفحص جميع اعضاء الطفل باهتمام ودقة فلا نشاهد فيها شيئا وان عسرة التنفس الشديدة تميل بأفكارنا الى الرئة · أما القرع فلا يوصلنا الى المعلومات اللازمة وعند التسمع والاصغاء نحس بخشونة الشهيق وامتداد الزفير والخراخر الخشنه والناعمة الخاصة بذات القصبات الحاده · لا توجد بؤرة درنيه (Foyé) فى اى كان من المناطق الرئوية · سوى ان هناك فقط دلائل الانتان المتعمم العائده للمسالك الهوائيه ·

وعند البحث عن ماضي حياة مريضنا الصغير في محيط العائله وعن حياة العائله نفسها ·

نعلم بوجود تظاهرات درنية في اكثر الاحيان عند والدة الطفل ، او مرضعته حينا وحينا عند اخوانه والخادمات اللاتي يربين اولئك الاولاد · وهذا الكشف يكفى لاثبات اننا امام تدرن حبيبى (غرانولى Granulie) ·

وفضلا عن ذلك ففي وسعنا ان نثبت بالتأكيد هذا التشخيص الذي حصلنا عليه بالوسائط السريريه ، بوسائط اشعة رونتكن وخاصه بواسطة التفاعل الجلدي · وسنعود الى هذا البحث المهم بعد قليل ·

والآن فلنبحث فى الانتان الدرنى للطفولة الثانية :

ان الانتان الدرني في الاطفال المفطومين والذين يتجاوز عمرهم السنة الثانيه ، يتوضع في الجملة اللنفاويه للرئه · وهذا التوضع هو تدرن عقدوي رئوى (Tubercu- Lose Ganglio- Pulmonaire) ان العقدات اللنفاويه المتدرنه للرئه انما تأخذ باشلسها من قرحة التلقيح للرئه ، والاوعيه اللنفاويه هي التي تتوسط في هذا فان الباشلس الذى يأتي من قرحة التلقيح يستنبت في العقدات · فتكون العقدات بؤرة ومخزنا للباشلس · والباشلس الحديث السن يتعرض على الرئة والاعضاء الاخرى · والعقدات المصابه بهذا الاستيلاء هي عقدات سرة الرئه نفسها · ومع ذلك فان العقدات التى فى جوهر الرئه التى ترافق تقسيمات القصبات حتى نهاياتها — تكون مؤوفه بالتدرن كذلك ·

يتزايد حجم العقدات المصابه بالتدرن بالنسبه الى حجمها الطبيعى فيكون مقراً للتجبن الشديد · والمحفظه الليفيه الموجودة في محيط العقده تحفظ الانسجه والنواحي المجاوره لتلك العقده من استيلاء الباشلس عليها ·

الا ان المادة الجبنية الموجودة في العقدات المصابة باستيلاء الباشلس عليها قد تنفتح في بعض الوقوعات الى القصبات المجاورة لها · فتحدث صمامات القصبات (Embolies Bronchiques) هناك وهذه الصمامات تبذر الباشلس في محال سيرها · وتعمل عَلى ايجاد محاريق ذات القصبات الرئوية في مناطق الرئة المختلفة فتكون هذه المحاريق درنية سمية وواسعة نوعا ·

وفي حادثات اخرى يدخل باشلس التدرن الموجود فى مخازن العقدات الى مجرى الدم · فتنتشر في كل الاعضاء وهناك يتحدث تدرن حبيبي (غرانولى) عام ·

ولنبحث العلامات السريرية لتدرن الرئة في الطفولة الثانية واريد ان اعرض على انظاركم المدققة المشاهدة التالية :

لدينا ولد قد تجاوز سنه السنة الثانية باهت اللون فقير الدم ، منتفخ الوجه ، فتحات انفه متورمة ، شفته العليا كبيرة يشاهد في حافات اجفانه التهاب مزمن .

النبض سريع والتنفس يجري بصعوبة وبسرعة وقد بلغت الحمى الدرجة ٣٩ من الحرارة .

اذن فنحن امام لوحة من داء الخنازير (Scofule) متظاهرة بالاعراض الحادة . وان زيادة الحمى تدلنا على كون اللوحة ملوثة بانتان حاد . وعندما كنا مترددين متحيرين امام هذه اللوحة اخذ الولد بالسعال بشدة . وكان سعاله يتشنج وهو يحاكي السعال الديكي .

وعند السعال نرى ان الولد يزرق وقلبه يتسرع ولا يلبث السعال ان ينتج القيء . وهذه الاعراض الاخيرة العائدة للقصبات تميل بافكارنا نحو الصدر فنبحث في مناطق الرئتين . فلا نشاهد اي محراق هناك . وبسبب السعال التشنجي نوجه فحصنا الى الشريان الشرني والقصبة

وعند اول فحص نجد في المنصف تفاعل قصبي رئوي (Reaction Bronchopneumonique) وهذا التفاعل هو مرشد قيم للتشخيص وعند ذلك نجرد الولد من ثيابه ونعاين صدره . وعند الضغط الخفيف المكرر على الاماكن التي بين قبضة العظم القصي وبين الذيل الخنجري يأخذ الولد في البكاء من جراء الالم الذي يحس به في هذه الناحية ولابد ان هناك سببا لوجود هذا الالم فيما وراء القصي

وهنا نفحص المسافات بين الضلعية الاولى والثانية في الجهتين من الامام والمسافة المستطيلة فيما بين عظم الكتف والسلسلة الفقرية من الخلف

اما القرع فينتج هنا في بعض الاحيان نصف صمية وهو يدل على العقدات التي طرأ عليها ضخامة في المنصف ولكن هذا الدليل لا يعتمد عليه كثيرا فنجس هذه الناحية باليد ونسبب بكاء الطفل قليلا فنفهم ان هناك تزايدا في الاهتزازات الصدرية

وهذا الدليل جدير بالثقة اكثر من الدليل الاول اما الاصغاء فانه على جانب عظيم من الاهمية فنحن نحس في كثير من الاحيان بوجود نفخة (Souffle) في المسافة التي بين الفقرات الشوكية وعظم الكتف

وهناك دليلان مهمان في الاصغاء :

الاول الصوت القصبي (Bronchophonie) والثاني تكلم الصدر اللاصوتي (Pecthoriloquie Aphone)

ولا نحس بدلائل سمعية في جوهر الرئة نفسه . ولكن هناك سكوت في بعض الاحيان شامل للمناطق الرئوية ناشئ عن انضغاط القصبات بالعقد التي طرأت عليها الضخامة الا اننا نصادف الدلائل الرئوية في بعض الحادثات وهذه الدلائل تدل على انتشار انتان التدرن في جوهر الرئة . وهذه ليست محارق ثابتة . وانما هي مراكز متحركة وتدل على الهاجمات والاحتقان .

التشخيص

عند تشخيص الانتان الدرني في الطفولة الثانية للاطفال

الرضعاء يكون المرشد لنا معاينة رونتكن والتعامل الجلدي (Cutiréaction) اكثر من الدلائل السريرية . ان المعاينات السريرية تكاد تكون صامتة عند الرضيع وليس هناك دلائل واضحة على وجود هذه القرحات وعلى مواقعها

تظهر امامنا لوحة يرتسم عليها انتان حاد . ولا نرى واحدا من الامراض الانتانية الحادة التي يمكن ان يكون قد احدث هذه اللوحة الانتانية بالدرجة التالية . ان الطفل لايزال يرضع ثدي امه . وقد سبق ان ذكرنا درجة استعداد مثل هؤلاء الاطفال الى الاصابة بالانتان الدرني والى اي درجة هم حساسون تجاه سراية الانتان .

فاذا ادى فحصنا للانتان الدرني العائد لتلك العائلة في ماضيها او في حالها الحاضر الى معلومات مقنعة فاننا اذ ذاك نسرع في اجراء المعاينة بالراديوسكوبي والراديولوجي المتعمم تطبيقها بين السريريين في يومنا هذا .

لاتزال تتبعات الراديولوجي تجري بصعوبة في الاطفال الرضعاء . ولا تعد الآن الدلائل الموجودة كلها موثوقة تماما . فاذا كانت قرحة التلقيح واسعة وكان محيطها قد تصلب فنشاهد هنا ظل مظلم ومحدود وكثيف ، وهذه المنظرة الراديولوجية تؤدي بنا نحو التشخيص ؟

اما التعامل الجلدي فهو اصدق دليل واحسن معيار في يومنا هذا لتشخيص تدرن الرئة المتحكم في الاطفال الرضعاء

فاذا ظهرت النتيجة مثبتة في التطبيقات الاولى فانها تنضم الى دلائل السريريات والراديولوجي فيحصل الحكم في التشخيص .

واذا ظهر التعامل في بادئ الامر بالسلب فلا يمكننا الحكم بعدم وجود انتان التدرن . بل يجب تكرير التعامل الجلدي الذي طبقته انا بفواصل كل منها عشرة ايام ظهر مثبتا في التجربة الرابعة او الخامسة في بعض الوقوعات وفي التجربة الثامنة او العاشرة في البعض الآخر .

ولقد شاهدت اكثر من خمسين حادثة كان قد حصل ظن قوي في السريريات في وجودها في ماضي العائلة او في حالها الحاضر وحصلت الدلائل بالراديولوجي قريبة من الحكم على ذلك — ولكن اجراء التعامل الجلدي ظهر مثبتا في خمسة وثلاثين وقعة منها تقريبا اما بالتجربة الابتدائية او المكررة وعليه ايد هذا التعامل الحكم العائد للتشخيص .

لقد ذكرنا قبل هذا ان الآفات الدرنية في الانتان الدرني للطفولة الثانية تستقر خاصة في المجموعات اللنفاوية للرئتين . واتبعنا ذلك على ذكر الدلائل السريرية .

والآن نأتي الى التشخيص :

ان الدلائل السريرية المستمدة والمقتبسة من الانتانات الدرنية للعقد اللنفاوية للمنصف هي اكثر واكبر قيمة واهمية واجدر بالوثوق بها . والمعاينة بالراديولوجي هنا هي اكثر وثوقا . وهي تظهر بعض الكتلات في اطراف سرة الرئة مدورة كرأس العصا الغليظة وبشكل المسبحة . وقد تكون في بعض الاحوال بشكل اشرطة طويلة واكثر محل استقرارها في الجهة اليسرى وبالاخير ان كان هناك تغير في الرئة في ذروتها او الاماكن المحاذية للشقوق فان هذه الدلائل تظهرها للعيان

ذكر بعض المؤلفين انه بواسطة الراديولوجي يمكن جيدا مشاهدة تغيرات التشريح المرضي الحادثة في مثل هوءلاء الاولاد بحسب محاريق التدرن كالاحتقان والتصاب والطحالية في حين ان السريريات لاتعين هذه تماما

ان التعامل الجلدي فى الانتان الدرنى للرئتين فى الطفولة الثانية كثيرا مايظهر مثبتا باسرع وقت وا كثر تأكيد ولقد جمعنا مايتجاوز العشرين مشاهدة ظهر فيها اول تعامل اجرى مثبتا

ولدينا اكثر من عشرين حادثة اجرينا فيها التعامل بفواصل كل لمدة عشرة ايام ظهر التعامل الثاني اوالثالث مثبتا فى جميعها وعليه فمن الممكن ان يشخص بقياس واسع وفى حينه تدرن اللنفا للرئتين فى الطفولة الثانية وهذا الامكان يساعد الاطباء عَلَى اتخاذ واجراء المداواة والمداراة الصحية وكثيرا ماينيلهم موفقيات قيمة

الانذار — نحن نقبل ونعترف بان اصابة الاطفال الرضعاء بالانتان الدرنى يوءدي الى خطر عظيم والاولاد المتربون عَلَى اللبن بين المتدرنين هم اكبر تعرضا لهذا الخطر واكن عند عزل الاطفال المصابين بالتدرن واخراجهم عن مثل ذلك المحيط الملوث المعدي يشاهد انطفاء قرحة التلقيح التى في الرئة وتوابع هذه القرحة وحصول توقف، وبطاءة باهرين فى ذلك المرض وهذه امور كثيرا ماشاهدناها فى بغداد .

ان التدرن العقدوى الرئوى فى الطفولة الثانية يسير ببطاءة نسبة ويندمل اكثر من ذلك بواسطة المداواة الطبية وخاصة المداراة الصحيه وهذه المداواة الطبيه والصحيه اذا طبقت بسرعه ومن دون اضاعه وقت — وذلك نظرا لسهولة تشخيص المرض وسرعته — تؤهل الاطفال المقاومه لمدة طويلة ضد انتان التدرن وحتي ان منهم من يكتسب الشفاء والصحه

وعليه فان عاقبه الانتان الدرنى فى الطفولية الثانية هي سليمه نسبه .

المداواة — ليس لدينا علاجات موءثرة ضد الانتان الدرنى للاطفال الرضعاء

واما للطفولة الثانيه فلدينا بعض الادويه التي يمكن ان يوجه نحو الانتان الدرنى العقدى الرئوي وهذه الادوية هي الزرنيخ والحديد وزيت السمك . وعند اعطاء الزرنيخ فمن الواجب العلاجى ترتيب مقداره المعطي بالنظر الى عمر الولد وتنظيم الوقت الذى يعطي فيه . ومن المناسب ان نعطى فقط خمس نقط من مائع (فوولر) مره في كل يومين وتركه حينا بعد آخر بفواصل مناسبه .

ان الزرنيخ يسوق الاعضاء المهيئه للدم الى الفعاليه واجراء وظيفتها ويجملها تعمل كريات حمراء طريه قويه . يحسن انتخاب احد محاليل المركبات الحديديه وهذا الدواء يزيد فى عنصر الهيموغلوبين الذي فى الكريات الحمراء ويقوي الكريات المذكورة

وعندما يكسب الزرنيخ والحديد الدم قوة يحصل كذلك نشاط فى التغذى العام ولذلك فحين جربان مجادلة « فاغوسيتوس » ضد الباشلس يفنى الباشلس ويكون امكان قيده وضبطه فى العقد اللنفاويه التى يسكن فيها اكثر امنيه وتأكدا واما زيت السمك فانه يوءدي الى الفائدة المطلوبه كذلك فانه يزيد فى قوة العضويه الدفاعيه ويثرا كم فى الانسجه الخلويه بشكل سمن ويجعل البدن اكثر مقاومه تجاه الباشلس

ليس لدينا اليوم من الوسائط ما نطبقه باطمئنان ضد انتان التدرن فى الطفولة الاولى والطفولة الثانية — سوي المداراة الصحية .

وانني اذكر فى الآتى المداواة المذكورة بايجاز ابتناء على التجارب الشخصية :

١ — ان انتان التدرن في الطفوليتين الاولى والثانية كلما امكن اجراء التشخيص عليه فى وقته وبسرعة واهتمام فان الموفقية في شفائه تزيد بهذه النسبة .

٢ — اذا حصل اشتباه فى وجود قرحة التلقيح في الطفل الرضيع وتوابع تلك القرحة وقوي هذا الاشتباه بالتعامل الجلدى فيجب الاسراع حالا بتجريد الطفل من المحيط المعروض فيه للسراية . واذا كانت الام او المرضعة أو الخادمة مصابة بالتدرن فينبغي فصل الولد منها واعطاوءه الي مرضعه اخرى او تغذية ذلك الطفل بالارضاع الصناعى . ويجب اخراج الخادمة المتدرنة من البيت حالا .

بعد وضع المولود يجب ان تعرض الام ولا سيما المرضعة او الخادمة التي تخدم الطفل — على طبيب العائلة لاجراء المعاينه عليها ولمعرفة براءتها من شائبة التدرن .

٣ — يجب اخراج الاولاد المعروضين لخطر السراية الى خارج المدينة واسكانهم في القصور او الحدائق والبساتين تبعا للاحوال والشروط المساعدة بحسب الامكان ، فان المنافع الصحية هناك باهرة جدا .

وهناك يستنشق الولد الاوكسيجين (Oxygenation) ويكون معروضا للتداوي بالشمس (Helyotherapie) فيستفيد من هاتين الواسطتين الشافيتين اللتين منحتهما الطبيعة .

ان قواعد تربية الاولاد وتقويمهم عند اكثر العائلات في عاصمتنا بغداد — لا تزال في حالة ابتدائية .

ولذلك فان اكثر الامراض الانتانية وخاصة الانتان الدرنى يجرى حكمه ونفوذه عَلَى الاطفال حتى السنة الثانية من اعمارهم . والتدرن يستولي عَلَى كثير من الاطفال الذين في هذين الدورين من الطفولة فيذهب بحياتهم . والأطفال الذين يتاح لهم ان ينشلوا حياتهم من مخالب التدرن ينطبع فيهم هذا الداء ويرافقهم مدى حياتهم لان الانتان الدرنى في العقد والرئة سواء كان في الشبان او البالغين انما ينشأ عن طابع التدرن الذى نقش فيهم وعن القرحة التلقيحية التي اتصلت بالبدن بالعدوي خاصة في الطفولة الثانية ومن هنا يتنبه مرة ثانية ويستولي على البدن . وهكذا كلما زاد الانتان الدرني في كل سنة من العمر فيكون مرضا اجتماعيا كما يسميه الصحيون .

والتربية والارشاد للعائلات لاجل مكافحة هذا المرض الاجتماعى الوبيل هما من وظائفنا المقدسة نحن الاطباء .

ولقد نشاهد بكل شكر وممنونية ، المساعي والخدمات الثمينة التي يقوم بها فى هذا الباب روءساء دوائرنا الصحية المحترمين واوءمل قويا ان سوف يكون اقتطاف نتائج ثمرات تلك المساعى يوما بعد يوم .

———

التلقين

للدكتور سليمان غزالة

التلقين فى اللغة : تفهيم الكلام واخذه من فيك مشافهة وتلقن الكلام : اخذه وتمكن منه وهو احداث فكر او تصور او ميل ارادة فى الدماغ وفرضها عليه ·

وقد عم منذ نصف عصر ونيف ،وكثر استعمال معانيها نظرا الى تقدم علم التنويم والمغناطيسية الحيوانية · لان العلماء قد انفقوا واظهروا بان للتلقين فعل جوهرى في امر التنويم وحوادثه ·

والتلقين اثنان : اعتيادى وتنويمي · « فالاعتيادي » هو الذي يحصل كلما احدث شخص في مخيلة شخص آخر بالكلام كان ام بالاشارة ، فكرا او تصورا ما وذلك دون اشتراط فيه ولا نظر فى النتيجة · لان ذلك الفكر من الممكن ان يوءثر بالسامع · ولكن هذا اما يقبله ويسلك بحسبه · واما يطرده من عقله بلا تردد · او انه يدحضه بعد التروى والتدقيق · فلا اجبار في هذا التلقين الاعتيادى · اعني ان المتلقن يكون مطلق الحرية مالكها فى قبول الفكر او رفضه · وذلك بعكس « التنويمي » الذى يدل عَلَى خضوع جبري · او بالاحرى طاعة عمياء يراد بذلك اذعان المتلقن بلا امر نفسه ومن دون تعرض او مقاومة ارادية منه لما يعرض عليه · كانى به :آلة تحركها ارادة الملقن وامياله ·

***

ان لحصول التلقن لابد من قابلية شخصية او استعداد خصوصى · وهو الشعور الداخلي الموجود بدرجة ما طبيعيا وفزيولوجيا عند الناس قاطبة · عَلَى ان الشعور هذا قد يبلغ من دون سبب ظاهر اعَلَى درجة عند البعض النادر منهم · فيكونون بحال مستمرة شبيهة بحال التنويم فبناء عليه قد وقع الاختلاف فيه · فانكر بعض العلماء الفرق بين نوعى التلقين المذكورين وقالوا بان كله يأول الي الاعتيادى منه لا غير ·

وهذا عَلَى الاخص مذهب العلماء « النانسيين » — المنتمين الى مدينة « نانسى » — وزعيمهم « برنهيم » القائل : بان التلقين مطلقا هو احداث فكر في عقل السامع وذلك اما بمجرد الكلام واما بالتأثير عَلى حواسه بواسطة ما · وهذه الوسائط كثيرة متنوعة لا يحصي عديدها توجد وتتهيأ فى كل آن للانسان ولابد منها لحياته ·

وناهيك ان التهذيب مثلا والبلاغة والفصاحة والبراهين المنطقية والسياسية و ··· ما هي الا من بعض تلك الوسائط التلقينة · وهي وسائط يبلغ بها الخصوص مقاصدهم من العموم ·

فان العبد المطيع لمولاه والخادم الملبي سيده · والمحب المغرم بمن يهوي · والتلميذ المقتنع بنظريات معلمه ···

انما هم جميعا متلقنون · اما الوالد الموبخ ابنه والام الملاطفة ولدها · واللبة المفتنة رجلها · والخطيب المالك عَلَى القلوب · والسياسى · والقائد المهيج للهجوم واقتحام الموت ··· فهم ملقنون يفرضون افكارهم عَلى العقول بل يغرسونها فيها · وعَلَى هذا النحو لم ير اهل هذا الرأى فى العالم الادبي · ما سوي التلقين الذى يحصل طبيعيا بوسائط شتي من دون احتياج الى التنويم الفني للتوصل اليه ·

***

وذهب الباريسيون · طبقا لما علمه زعيم دهره المعلم « شاركو » بان التلقين التنويمى ليس الاعتيادي · بل انما هو تمكن شخص ذي صفات خصوصيه · بوسائط حسيه لا سيما الكلام · من احداث جملة اعمال وظواهر موافقة لفكره وارادته عند شخص ثان عصبي المزاج مستعدة لذلك التلقين

وحاصل الكلام ان التلقين « الاعتيادى » يحصل فى حالة اليقظة عند شخص ذي عقل سليم حر النفس مالك الحواس · قادر عَلَى مقاومة المقاصد التلقينيه او قبولها اختياريا · اما بعد التأمل والتدبر واما لانه مضطر اليه مدنيا او ادبيا · وثانيهما « التنويمي » يكون اما اثناء التنوم العميق واما في حالة ذهول عقلي شبيه باليقظه · على انه خصوصى يحدثه الانفعال التنويمي او بالاحرى هو شكل او درجة منه · وفي كلتا هاتين الحالتين يتلقن الشخص جميع ما يعرضه الملقن ويجريه بالفعل من دون تردد ولا استطاعة اراديه للمقاومة · فهو فيه كآلة اوسفينه محركها او ربانها هو الملقن بنفسه

***

بناء عليه فقد حدد بعض الفلاسفة التنويم « بالانقسام الافنومي » يريدون به : ان الافعال التي تصدر في تلك الحال تكون ذاتية المتلقن الفاعل « بالاحرى » بري ادبيا منها ويكون المسؤول حقيقة شخص « الملقن » لانها تصدر بارادته وبامره

ان تهيئة وقابلية التلقن تسمى « باللقانيه » وهي كالاستعداد المشروح اعلاه تكون اعتياديه او تحصل بالتنويم · فالاولى هى القوة المطبوع عليها كل بشر بان يقتدى ويفعل بما يري ويسمع · واما الثانيه فهى تلك القوة عينها ولكن يستجلبها التنويم فتبلغ فيه اعَلَى درجه ·

***

والتنوم الفنى في الظاهر هو اشبه شيء بالنوم الطبيعى ولكن من خصائصه ايقاع البلبلة والخلل في نظام قوى النفس والحواس · اعني بذلك : ان هذه القوى تضطرب وتذهل عن مجاريها فتتجه بجملتها نحو الملقن وتتحد بوجوده وترعوى لارادته دون اكتراث البتة الى مراكزها ومصادرها الحيويه

فمذهب النانسيون بان التلقين « هو مفتاح ظواهر التنوم وواسطته او فعله ونتيجته » · ولدى التجربه مما قد تحققه فعلا « برنهيم » بان يكفي التلقين وحده لذلك · وحينئذ تكون سائر الوسائط التنويميه فضلة زائده بلا تأثير ولا منفعه اصلا · ومما يوءكد ذلك ان « برنهيم » لم يتمكن من استحداث شيء من تلك الظواهر عند المتنومين الاصحاء المزاج بواسطة فتح العينين او بتمسيد الناصيه الخ · واما اذا زاد من استعمال هذه الوسائط فانه تحقق حدوث درجة مخففة من اللقانيه عند المتنومين · وحاصل الكلام : انهم يرون بان التنويم ليس الا سباتا مشابها جوهريا للنوم الاعتيادي ولكن يستجلبه التلقين

***

وحسب « بينه » استناداً على نتيجة فحصه ومشاهداته وملاحظاته طلبه المدارس · ان اللقانيه من خصائصها

ا : الخضوع التام والانقياد ادبيا الى شخص آخر غريب

ب : الميل الفطري للاقتداء

ج : تأثير فكر مضمر عَلَى العقل يبطل فيه الرشد

د : حصر الفكر في امر ما وضلالة التصورات في هامج التخيلات

ه : ظواهر الذهول عما في النفس الذي يحدث بحالة الغفلة او عَلَى اثر ما يحدث عنه انقسام ضميري

فمن هذا النوع الاخير تعد الاعمال والحركات التي لا شعور منها في النفس ومن ذلك : حركة الموائد — في العمليات المسماة مغناطيسيه — وكتابة الارواح = في نوع من تلك العمليات — فان الفاعل لها لا يعي لفعله وهو فيه كالمتكلم والسائر في النوم

واما التلقين التنومي فانه يشمل انواعاً مختلفه من الحوادث منها التلقين « المتعدي » — بمعناه الوضعي — وهو يقابل تقريبا النوعي الاول والثاني حسب « بينه » والتلقين « اللازم » الذي يوافق الانواع الثلاثة التي تليها

ففي (المتعدي) يقدم شخص فكراً لشخص ثان فيقبله هذا وفي (اللازم) يتولد الفكر من ذاته في المخيله . ويوجد نوع ثالث . بين بين . وهو كثير الوقوع يحدث حقيقة عن الملقن ولكن من دون شعور ولا قصد منه . فيقبله المتلقن من نفسه بالقرينه والاستطراد

***

والتلقين منه سلبي ومنه ايجابي . ونظراً للواسطة : فشفاهي وايمائي . والشفاهي يكون اخباريا او امريا . وباعتبار المعنى فهو ١ : (حاسي) اذا كان ما يدرك بالحواس ٢ : (عقلي) اذا اختص بالحافظه والفطنه والتخيين . ٣ . شخصي اذا تعلق . بالاشخاص والاشباح ٤ .

(ارادي) بالقصد والاراده ٥ : (جبوري) وهو الملتحق بوظائف الاعضاء والحيوة

واذا اعتبرنا المناسبة الخصوصية بين التنويم ومجموع التلقين فهذا يكون داخليا وخارجيا . الاول : مايلقن وينجع فيتم بالعمل اثناء التنوم . والثاني : مايلقن في تلك الاثناء ولكنه يجري من بعد الافاقة التامة بمدة ماطالت ام قصرت . وفي هذه الحال ينجز المتلقن الفعل طبقا لما اوصى او اخبر به وهو لايذكر شيئا من الظروف والوسائط والتلقين التي تطوع لها .

***

ومن اغرب انواع التلقين هو « الباطني » الذي يحصل قلبيا غيابيا بمحض فعل الارادة والتقصد . وبلا واسطة البتة . شفاهية كانت ام ايمائية . ومن دون ادنى علامة تقع عَلَى المشاعر .

لم تثبت علميا حقيقة هذا النوع ولكن قد شهد بصحة ظواهر حدوثه كثير من العلماء والمجربين .

قام في ايامنا هذه بعض المتخصصين . لاسيما في بلاد اميركا المتحدة . من يدعي الاقتدار عَلَى تعاطي الافكار مع جميع من اتصف بتلك اللقانة الخصوصية ممن عَلَى وجه البسيطة . كانك بهؤلاء قلل او اعلام الجاذبية الكهربائية للمواصلة « المركونية » بلا شك .

عَلَى انه . لولا دخول المطامع والمقاصد الشخصية لكانت بعض مشاهداتهم اقرب للتصديق منها للشك . وناهيك ان كثيرين من المتحايلين المزعبرين اتخذوا تلك الواسطة كوسيلة لاغفال سليمي القلب واغتيالهم .

اما اذا صحت القضية واثبتت علميا فلا يجدر بان يدعى

ذلك تلقينا بل : مواصلة فكرية تحصل بين شخصين او اكثر متشتتين البين واذا صح التنويم ايضاً بتلك الواسطة فيكون حصول الاثنين حينئذ بقوة مغناطيسية او غيرها مجهولة — كالتواصل الكربائي بلا سلك —

وبناء عَلَى بعض المشاهدات من المواصلة الفكرية — وان كان لم يتقرر بعد عند جمهور العلماء حقيقة وجود المغناطيسية الحيوانية — فقد عاود كثير منهم واقروا بوجودها وبالراي « المسميري » وهذا العود احمد . لانهم لما سلموا بوجود من تجوب افكاره الافاق ولا تلتبس عليه الجهات فتتصل بدماغ شخص معين . فلا بد لهم حينئذ من الاقرار بوجود واسطة ماناقلة وهي المغناطيسية حتما . لعدم معرفة غيرها يستوعبها حيز العقل بالدرجة الحاضرة من تقدم العلوم .

***

حاول بعضهم شرح كيفية حصول التلقين عموما بقوة السلطة الشخصية التي حسب ماعلله المعلم « بينه » يلازمها عنصر خفي الصفات غير قابل التعريف والتحديد . وقال : انما هي قوة من الفاعل المنوم الملقن الى المفعول به المتلقن وبناء عليه يجب التسليم : بان قوة السلطة الادبية تنحصر بالاول فقط . وليس في ذلك من شيء بتصورات واعتقادات الثاني . عَلَى ان هذا الرأي متنازع فيه .

***

ونظرا الى احوال الجسم والمزاج ففي كيفية حصول التلقين نظريتان : الاولى طبيعية وفزيولوجية — حسب الرأي الباريسي — والثانية ادبية ونفسية — للنانسيين = فالتلقين في الاولى تشرحه حال التنوم التي تنشأ عن علة او اضطراب في الجهاز العصبي مايسمى طبا « بالهستيرية » ومن بعض عوارض هذه العلة عدم ثبات الجهاز المذكور عَلَى حال واحدة منتظمة طبيعية وكذلك قابلية التفرق والتنافر بالوظيفة بين اقسامه بحيث ان كلا منها بسبب ماعارض غالبا . يجرى فعله بلا انتظام ولا اتحاد مع البقية . فمن اجل عدم ذلك الاتحاد والثبات الداخلي يحدث التنوم البلبل في الوظائف الدماغية النفسية منها والحسية معا .

فمن ثم ينتج عن الانقسام الداخلي امكانية قبول الافكار الدخيلة والانفراد بكل من المراكز العصبية واجراء الحكم عليها والتصرف بها حسب منطوق التلقين وارادة الملقن . ففي التنوم يحصل اولا فاولا بدرجة غير محدودة توقف الوظائف العقلية الدماغية — واسماها اولها اعني الارادة اولا ثم الضمير . فحاسية الوجود الذاتي . فالانانية فالفاعلية النفسية والتدبر . . . ولما كان من المقرر فنا بان الافعال العقلية والنفسية مراكزها في الطبقة السطحية من الدماغ فيسوغ لنا ان نقول بان سبب الظواهر التنويمية هو توقف فاعلية خلايا تلك الطبقة السنجابية توقفا يزيد ام ينقص حسب اختلاف الاحوال .

واما حسب النظرية الثانية النانسية . فان التلقين يكون اقوى واحسن شاهد لسنة من سنن النفس التي توجب بان : كل فكر يلد في الدماغ حقه ان يتأصل فيه ويتحقق مالم يعارضه فكر آخر اقوى منه فعلا فيحجبه .

ان هذه النظرية تنسب الى « سبينوزا » الفيلسوف وقبل بها كثيرون . حتى ان « فوييه » الفرنسوي بنى عليها مذهبه الفلسفي الذي سماه « الافكار قوى » .

فالتلقين التنومي لا يحسبونه عارضا غريبا او حادثا عن علة

ما او اضطرابا « عصبيا » بل هو عندهم حادث طبيعي يكشف عن سنة عمومية واصلية من سنن قوى النفس . فلا يقتضي اذاً ان يستغرب حدوث مثل تلك الظواهر احيانا بل الاولى والاجدر استغراب عدم حصولها غالبا .

وبالحقيقة : اذا انعمنا النظر فى ذلك يتراءى لنا التلقين متشكلا بازيائه وانواعه المختلفة . لان الوجود الانساني ادبيا ليس الا التلقين الدائي .

***

ان من جميع ماتقدم ذكره من احوال التلقين التنويمي الذي يجعل الانسان كآلة متحركة . لاسيما عند اولي الاستعداد الطبيعي له . يتمكن القاري ان يتصور عظيم واهمية المسائل الناتجة عنه ادبيا ومدنيا .

واعظمها قضية الحرية والمسؤولية البشرية . لانه يقتضي ان يتقرر صريحا جليا الى اى حد ودرجة يمكن تنويم شخص بالرغم عنه . والى اي درجة يكون قادرا من بعد التلقين عَلَى مقاومة تلك الافكار لدخيلة ؟

***

لقد اختلف العلماء اختلاف وضل بعضهم فيه فمنهم من يرى اليوم مايضادد قوله بالامس ومنهم من يقبل تارة بامكان تنويم شخص بسهولة رغما عن مقاومة ارادته وبمجرد جلب دقته الى « تيك تاك » ساعة او بتوجيه نظره الى سراج او حاجة ما لامعة . واخرى من يزعم . بان اذا تلقن شخص فكرا ما رديئا وانجزه بالفعل فلا يفعله الا ارضاء للملقن -- فاذا اراديا —

اما المعلم المنتسب الى النانسيين (ليبجوا) فانه استنادا عَلَى تجاربه الشخصية اظهر امكان تلقين افعال اثمة وجنائية

فلما كان ذلك ممكنا ، وقد شوهد لدى الامتحان او التجربة فحصوله اولى واهون بواسطة التنويم الغنى ايضا . الامر الذي لم يعتبره (برنهيم) القائل : بان لا امكان لتنويم احد بالرغم عنه .

ان النزاع فى هذه القضيه لم يزل جاريا بين حاكم وحكيم وطبيب واديب . يسلم هذا بما يرفض ذاك ولم يشعر الاول بما يخدش الثاني . وما ذلك الانقسام الا لان الساعة العلمية لم تات بعد لايضاح المعضلة .

***

وللتلقين خاصة لا تنكر حقيقتها في معالجة الامراض ومداواتها وشفائها مما يمكن لكل ذي الملم ان يتحققه بفحص اى اراد من المشاهدات فيه والحوادث . والابراء بواسطة التلقين من الامراض والاسقام المختلفة اشهر من ان يذكر ولكن مع ذلك فان الاطباء قد اظهروا حقيقة وبالفعل بان الشفاء بالتلقين لايحصل الا في الامراض العصبية التخيلية وبالاخص الهيسترية منها . وبينوا ايضا بان في اغلب الاحيان لا يكون فعله تاما جوهريا مستمرا بل سطحيا موقتا لتهوين الداء اولى منه لازالته .

***

ان للتلقين اهمية عظيمة في مدواة المرضى عموما ومعالجتهم . ويمكنا ان نقول بان التلقين فى كل الاحوال يضاعف فعل الدواء . وفى بعض الاحوال لا يكون الدواء الا صورة وللتلقين وحده تعود القوة الفاعليه في الابراء .

ولا يجوز لي هنا كشف هذا السر خوفا من اطلاع العموم عليه . فليبقي اذا بين الاطباء الواجب عليهم ان

يعلموا بان الطبيب يكون مظفرا دائما عَلَى كثير من الامراض ان كان يعلم كيفية اعطاء الدواء وان كانت هيئته وكلامه ونوع مداراته تساعده عليه .

ومن ذلك اذكر لكم الحالة المزمنه من « الملاريا » فان هذا الداء ان كنا لانتخذ اولا الوسائط اللازمه والشروط الواجبه قبل اعطاء « الكينين » وان كنا قبل اعطاء هذا الدواء ، ولو بكمية جزئيه لا نؤكد للمريض بان شفاءه لمحقق ، ففى اغلب الاحوال لا نحصل على التأثير المرغوب من الدواء . ومما هو غريب ايضا ان ذلك الداء يذهب باعطاء اى كان ما هو شبيه بالادويه وذلك بواسطه التلقين المناسب .

او لا نرى فعلا بان الادويه عموما لا تأثير لها ، تأثيراً ناجعا مرغوبا ، ان كانت غير جامعة الاوصاف الجاذبه للانظار : من حبوب مذهبه ومشروب ملونه معطره ؟! ان الايمان بكلام الطبيب هو الدواء المكافي الشافي

***

وحاصل الكلام ان التلقين اهمية ونفع وتأثير لا تنكر لا سيما في حالة السبات الذى تستجلبه المؤثرات الطبيعيه وكذلك في المغناطيسية الجسدية التي ربما تهدينا الى كيفية وحقيقة فاعلية انسان عَلَى انسان .

اما العواطف والشرق والحب فهي لم تزل ولن تزل اعظم مساعد لنوال الصحه والسعاده

تحري الشعر

فى الحوادث الطبية القانونية

تمهيد

للدكتور حنا خياط

مدير الصحة العامة

كان الطب الشرعي حتى اوائل هذا الجيل قد اقتصر عند درسه الشعر عَلَى التمييز بين شعر الانسان وبعض الحيوانات فقط . غير انه لم يعد في السنوات الاخيرة فى وسع الاستعراف الاستغناء عن درس ميزات الشعر الانساني من حيث مصدره وطبيعته ونوعه وعمر صاحبه ، لما لهذه الابحاث المختلفة من الصلات الشديدة بالجرائم ولما لها من المنزلة المهمة في امر اكتشاف تلك الجرائم والتوصل الى معرفة المجرم معا .

يسوغ تبويب درس الشعرة حسب الحوادث الاكثر شيوعا في القطر والقضايا الاكثر ورودا الى المحاكم المدنية في السنوات الثمانية الاخيرة وتلخيصها في القضايا التالية :

القضية الاولى

❋ فحص الشعر والتمييز بين شعر الانسان والحيوان ❋

ا — : كيفية الفحص : تنظف الشعرة اولا وتجفف بواسطة الكحول المطلق ويزال لونها عندما يكن كثيفا بوضعها فى حامض الازونيك مدة بضع دقائق ام في الماء الاوكسيجيني مدة بضع ساعات اذ لا يتسنى الوقوف عَلَى تفاصيل تشكلاتها دون هذا التدبير التمهيدى .

ب — : تركيب الشعرة : تتركب الشعرة من قسمين وهما : الطرفان والجسم .

الطرفان ان احدهما وهو منتهى الشعرة حر (سائب) ودقيق والثاني ويدعي الجريب عميق ومنتفخ ·

واما الجسم ، وخاصة جسم الشعرة القصيرة فانه يشبه المغزل ويبدأ بتضييق في اسه (اصله) بجوار الجريب ثم يتضخم ويتسع وينتهي بتضيق ثاني عند طرفه الآخر اعني عند منتهي الشعرة ·

اما جسم شعرات بعض الحيوانات كالفيران وفيران المسك وما دونها ، فيلاحظ فيه انتفاخ واحد، واحيانا ايضا اكثر من انتفاخين

يقسم جسم الشعرة الى اقسام ثلاثة وهي:

١ — العراق او القناة المخية وهو الجزؤ المهم فى الشعرة وعلى معرفته خاصة يتوقف تشخيص مصدرها · يرى العراق في قسم الشعرة المحوري بشكل حبل اسطواني، منتظم اوغير منتظم، ومركب من حجيرات مخية تفصلها شبكة هوائية يختلف منظرها باختلاف نوع الحيوان ·

يكون العراق تارة اجوف وطورا مملوءا مادة مخية، واخرى لاتمتد المادة المخية الا في قسم منه فقط · ولكن مهما كان مقدارها فلا اثر لها البتة في منتهى الشعرة

ان شكل المادة المخية حبي وكثيف ولونها مائل الى السواد وهي ذات حجيرات مصطفة افقيا لايتجاوز عددها غالبا اربعة او خمسة حجيرات في السطح الواحد عند الانسان ·

واما شكل هذه الحجيرات عند الحيوان فانه يختلف اختلافا كبيرا حسب نوع الحيوان فمنها مثلثة الزوايا ومنها ذات زوايا واضلاع شتى ومنها بيضية الخ ·

اخيرا ، لنا في قطر العراق ايضا واسطة ثمينة جدا لتشخيص نوع الشعرة فلو اشير بالحرف ق الى النسبة الكائنة بين قطري العراق واكبر انتفاخ في جسم الشعرة، مهما كان نوعها ، لامكنا تبويب الشعر حسب فصائل ثلاثة كما يلي

١ ق < ٠،٥٠ = شعر الانسان وبعض القرود

٢ — ق قريب من ٠،٥٠ = شعر البقر والخيل والغنم وبعض القواضم

٣ — ق > ٠،٥٠ = شعر اغلب الحيوانات الاخرى

٢ القشرة — لاقيمة فنية له سوى ان الوشي الكائن فيه يساعد احيانا بطبيعته واوضاعه على التمييز بين بعض انواع الشعرات المختلفة ·

يمثل القشر فى شعرة الانسان قسمها الاكبر ، ويحوي مادة ملونة خلافا لشعرة الحيوانات التي يرى فيها العراق اكبر حجما ،والمخ، اوفر مادة وقشرها يظهر بشكل انبوبة رقيقة ·

٣ القشرة (١) وهي قسم القشرة السطحي تتركب من فليسات رقيقة اشبه وضعا بالقراميد المصفوفة تتجه اطرافها نحو منتهي الشعرة وتختلف شكلا ونتوءا واسعة واتجاها باختلاف نوع الحيوان

ان حجيرات القشرة ترى ظاهرة عند الحيوان اكثر مما هي عند الانسان . ونتوءات اطرافها اكثر بروزاً ايضا · فتخال استدارتها للمدقق كانها سنه

ان ضيق المجال لن يسوغ وصف ميزات شعر سائر فصائل الحيوان · ولهذا سنلخص البحث عن شعر بعض

(١) وان يقصد بالقشرة عادتا القسم من القشر فقط دون تمييز بين قسم واخرى من اصل الشعرة ، غير ان هذا اللفظ سيطلق فى هذا الموضوع على مجموع قسمها السطحي

الحيوانات الاقرب شكلا وتركيبا من شعر الانسان وهذه اهمها

ا — شعرة القواضم: عراقها مشبك اشتباكا منتظما

ب — الارنب : الشبكة الهوائيه منتظمه انتظاما تاما والحجيرات الهوائيه التي فيها مصفوفه عاموديا ومتوازيه لمحور العراق ومنفصله عن بعضها بحواجز افقيه متساوية الابعاد

ج — السمور: ان الحويصلات الهوائية التي في العراق بيضية وفليسات قشرتها بارزة ومتساوية الاضلاع

د — القط: شعراته دقيقة جدا وحلق شبكتة المخية دقيقة ايضا وغير منتظمة ومتسلطة وتمتاز قشرته عن قشرة سائر الحيوانات بسننها ذي الزوايا الحادة

ه — الثعلب: خلافا للقط شبكته الهوائية واسعة وغير منتظمة وقشرته رقيقة جدا نكاد ان لا نرى

و — الوعل : قشرته دقيقة جدا وعراقه ذو حواجز وحويصلاته الهوائية ضخمة وكثيرة الوجوه وذلك بداعي الضغط عليها ·

ز — القرد : الشبيه بالانسان شعره اقرب شكلا من شعر الانسان وعراقه ضيق جدا واحيانا ايضا متقطع او لا اثر له كما هي حالة عراق شعرة الانسان وانما يمتاز عنه ببروز فليساته القشرية وبضخامة حبيبات وشي تلك القشرة ·

اخيرا لنا فى القائمة التالية مايكفينا للتمييز بين شعرتي الانسان والحيوان بصورة عامة وذلك عندما لانحتاج الى تشخيص نوع الحيوان :

شعرة الانسان	شعرة الحيوان
ا : العراق	
(١) الشبكة الهوائية ذات حبيبات ناعمة	ذات حبيبات كبيرة
(٢) لاترى الحجيرات المخية دون استحضار خاص	الحجيرات المخية ظاهرة جليا دون اي استحضار
(٣) نسبة قطر العراق ق الى حجم الشعرة هو دون ٠،٣٠	ق = فوق الـ ٥٠و٠
(٤) لاعراق فى ازغب	عراقها سبحي الشكل ·
ب : القشر	
(١) اشبه بفروة يد ثخينة	اسطوانة جوفاء ودقيقة
(٢) فيه وشي حببي متجانس ودقيق	وشيه منتظم واكبر حجما مما عند الانسان
ج : القشرة	
(١) فيها فليسات رقيقة وقليلة البروز وشديدة الاندماج	فليسات ثخينة واقل اندماجا

القضية الثانية

مامصدر الشعرة الناحيوي

يعتبر تعيين مصدر الشعرة الناحيوى من الامور الحرجة احيانا وخاصة عندما يكون عدد الشعرات المعدة للفحص قليلا جدا .

قبل الخوض في مبحث الشعرة الحقيقية تلك الشعرة التى يعول الطبيب القانونى على ميزاتها لابداء رأيه القطعي في ماهيتها ومصدرها وعلاماتها بالجرم لابد من الذكر بان الزغب «١» قلما يكون موضوع اهتمام الطبيب والمحقق وذلك لندرة تصادفه فى الجرائم ويكفينا ان نعلم بان طول الزغابى الواحدة لايتجاوز عادتا سنتيمترا واحدا وقطرها يتراوح بين ٢٥ـ٤٠ مكرونا لاعراق لها ولا وشي «٢» ولا فرق بين زغب ناحية واخرى .

يستند تشخيص الشعر الناحيوى الى عوامل ثلاثة وهي طول الشعرة وقطرها وشكل منتهاها .

ا : طول الشعرة عند الرجل البالغ

طول شعرة الذقن (٢) اكثر من ٨ سنتيمترات

« « جبل الزهرة
« « الصفن } بين ٣ — ٨ «
« « الابط
« « الشرج

« « شعر العين (٤)
« « الحواجب
« « الانف (٥) } اقل من ٣ «
« « الصدر (٦)
« « البطن (٧)
« « الاطراف (٨)

طول الشعرة عند المرأة البالغة

طول شعرة الرأس يقيس اكثر من ٨ سنتيمترات

« « جبل الزهرة يقيس اقل ٦ «

« شعر العين } اقل من ٢ «
« شعر الانف الخ

---

(١) —ويدعى ايضا النجل والنحلمة وهى صغار الشعر المنتشر على سطح البدن ،مفردها زغابى

ب . القطر الوسطي حسب قياس ايستيرلين

قطر شعرة الحنك تقيس	١٢٥	مكرونا	
« « « جبل الزهرة «	١٢١	«	عند الذكر
« « «	١٢٠	«	عند الانثى
« « الشارب	١١٥	«	
« « الخد (١)	١٠٤	«	
« « الرأس	١٠٠	«	
« « الحواجب	٩٥	«	عند الذكر
« « شعر العين	٩٠	«	عند الانثى
« « الشفرين الكبيرين	٩٠	«	
« « الانف	٨٥	«	
« « الاذن (٢)	٨٥	«	
« « قمة الرأس (٣)	٨٤	«	عند الانثى
« « الرأس	٨٠	«	عند الذكر
« « الصفن	٧٥	«	
« « الابط	٧٤	«	
« « الجبهة (٤)	٦٩	«	
« « الحواجب	٦٧	«	عند الانثى
« « الصدغ (٥)	٦٦	«	

---

٢ — يبعث الوشي صباغا وطيما وطباعا ايضا .

٣ — تدعى شعرة الذقن المنفقة .

٤ — « الهدب والهدب والهدبة والهدبة .

٥ — « الحار

٦ — « السربة ج سرب

٧ — « مسربة ج مسارب .

٨ — « النفير للطرفين العاليين والنفر للطرفين السافلين .

قطر شعرة	شفر العين	٦٠	مكرونا	عند الانثي
« «	الرقبة	٥٦	«	
« «	زغب الاطراف	٤٥	«	

ملاحظــه :

يستنتج من الارقام السالفة الذكر الملاحظات التالية :

(١) ازدياد قطر الشعرة بنسبة طولها .

(٢) ان شعرات الذقن والشوارب وجبل الزهرة هي شعرات ثخينه .

(٣) ان شعرات الرأس والصفن والابط هي شعرات نحيفه

(٤) تصنيف الشعر الى اصناف ثلاثة : طويلة وقصيرة ووسطي ولكل منها ميزات خاصة كما سيلي شرحه :

ميزات بعض الشعرات :

شعرة جبل الزهرة : منتهاها حر ومدور او منتفخ وهي منبسطة وجعدة وال (ق) المخي لا يتجاوز غالباً ٢٠ و. بينما (ق) شعرات الشاربين يبلغ ٠،٣٠ ولا بد ان يشاهد في هذه الشعرات بقايا واثار افرازات رحمية ام خصبوية الخ . . . .

شعرة الذقن : يري طرف شعرة الذقن محزوزاً ويرى الحز بشكل زاوية صريحة اذا كانت الحلاقة حديثة ويرى مدورا لو كانت قديمة .

شعرة الشارب : يرى طرفها غالباً حرا وقمعياً والشعرة غالباً قليلة التموج

شعرة الصفن : ملساء وقليلة الوشي

شعرة الابط : يعلوها مادة سخمية وداخلها ذرات ترابية وبقايا القشرة وعلى اثر الفرك يميل لونها الى الشقره

شعرات الاهداب والانف والاجفان : تمتاز بطولها الذي لا يتجاوز سنتيمتراً واحداً على الاغلب وبطرفها الدقيق والمغزلي تنتفخ هذه الشعرات عند قاعدتها وتضيق فجأة عند منتهاها وهذه اهم ميزاتها

---

(١) تدعى الغفار

(٢) « الحصيصة

(٣) « العفري

(٤) « القصة

(٥) « الصدغ ايضاً

اما شعرة الحواجب فتمتاز خاصة بشكلها القوسي وقاعدتها الضيقة وطرفها الحاد

شعرة الجذع : يرى طرفها مشرشراً ومنتفشاً ، وقمعياً ،

شعرة الاطراف : طرفها منتفخ او منتفش او مبرى

شعرة الرأس : طويلة ولا عراق فيها ومنتهاها منقوش

شعرات جبل الزهره : جعدة ومنتهاها قمعي او منتفخ وعراقها واسع وشكلها غير منتظم

شعرات الشفرين الكبيرين : اشبه بشعرات الصفن لا يتجاوز قطرها الوسطي ١٠ مكرونات ولا انتظام في قشرتها ولونها اشقر

(القضية الثالثة)

ما عمر صاحب الشعرة

بعد ان يكمل تشخيص الناحية التي تعود اليها الشعرة يبادر الى تحقيق عمر صاحبها كما يلي .

(١) الجنين . لا اختلاف بين ميزات شعر الجنين والشعيرات بصورة عمومية واهمها . الرقة الشديده وفقدان الوشي والعراق ونعومة المنتهي

يختلف قطر هذه الشعيرات حسب الناحية من ٢٠ — ٤٨ مكرونا مع وسط لا يتجاوز ٣٨ مكرونا

قد يحصل الالتباس بين شعيرات الجنين وشعيرات البالغ ام شعيرات الاصلع التي لا يتجاوز قطرها عادتا ٢٥ — ٣٠ مكرونا غير ان هذه الشعيرات ينتهي طرفها غالباً بشكل مروحة ، الشكل الذي لا يلاقي في شعيرات الجنين .

(٢) الطفل والشاب .

يقدر اوسنبراين ان قطر الشعر عندهما بحساب المكرون هو كما يلي .

عمـر الشعرة	قطر الشعرة
١٢ يوما	٢٤ مكرونا
٦ اشهـر	٣٧ «
١٨ شهر	٣٨ «
١٥ سنة	٥٣ «
الشخص البالغ	٧٠ «

لها بقية

الاغذية

للدكتور صامي بك شوكت

مدير صحة العاصمة

الغذاء هو من جملة الاوصاف التى تفرق بين عالي الحياتي والجمادى. واجسام ذوى الحياة من نبات وحيوان انما تتكون من الغذاء لاغير فالذى جعل ان تكون النطفة التى لاترى في العين والتي ليس لها وزن تقريبا اصغرها حيوانا ونباتا ذا حجم عظيم ووزن لايقل عن عشرات ومئات من الكيلوات هو الغذاء ليس الا. فيظهر من ذلك ان الغذاء ضروري للجسم لتكوينه ونموه ولتعويض مايفقده ويطرحه من المواد العضوية والمعدنية حسب القوانين الحيانية ولتولد الحرارة فيه بتحمض واحتراق المواد القابلة للتحمض والاحتراق الداخلة في تركيبه فينتج من هذا الاحتراق حصول الحرارة والقوة اللازمة له والتى تؤدي الوظائف العقلية والجسمانية فيه.

والغذاء ينقسم بالنظر لمصدره الى ثلاثة انواع (١) نباتي (٢) حيواني (٣) معدني. وبالنظر لشكله الحكمي الى ثلاثة انواع كذلك (١) صلب (٢) مايع (٣) غاز. وبالنظر لتوليده للحرارة الى قسمين كذلك ١) اغذية ذات قالوري «٢» اغذية بدون قالوري * الا ان احسن تقسيم يمشي عليه اليوم قانون حفظ الصحة تقسيم التركيب الكيميوي للاغذية وهذا التقسيم يقسم الاغذية الى اربعة اصناف «١» الاغذية الآزوتية او الزلاليات «٢» الدسمة او الشحوم «٣» اغذية مائية القاربون وتحتوي عَلَى النشويات والسكريات والكحوليات «٤» المعادن

الا ان بعض العلماء يقولون (ان المأكولات والمشروبات لايجوز ان يطلق عليها اسم اغذية مالم تؤمن للجسم حاجتيه الاساسيتين في ان واحد وهي اولا الحرارة وثانيا تنميته وتلافي ضياع المادة التى يفقدها الجسم اثر افعاله الحياتية). واذا قبل هذا الاساس فينبغي اخراج المعادن والنشويات والسكريات والكحوليات من صنف الاغذية وتسميتها بالمأكولات والمشروبات فقط حيث ان المعادن لاتولد الحرارة في الجسم اي انها عديمة القالورى وفائدتها للجسم تنحصر فقط في تنميته وفي تلافي ضايعاته التى هي من جنسها. اما السكريات والكحوليات والنشويات فهي بعكس المعادن اي انها فاقدة لخاصة تنمية الجسم ولقابلية تعويض ضايعاته المادية وفائدتها للجسم تنحصر فقط في توليد الحرارة واعطاء الجسم مايحتاج اليه من القدرة الحرورية اي القالوري وبناء عَلَى هذا الاعتراض قسمت الاغذية الى صنفين. الاغذية المرممة والاغذية المحترقة فتدخل المعادن فى الصنف الاول والنشائيات والسكريات

«*» القالوري هو واحد قياسي تقاس به مقدرة الغذاء عَلَى توليد الحرارة فى الجسم ومقدار هذا الواحد القياسى هي: القوة الحرورية التى تتمكن من تزييد حرارة كيلو واحد من الماء المقطر الى درجة واحدة بمقياس سانتغراد فمثلا اذا قيل ان فى ١٠ غرامات من اللحم توجد ١٠ قالوريات معناه ان هذه العشرة غرامات من اللحم لو احرقت باصولها الفنى وقلبت المواد القابلة للاشتعال فيها الى قوة حرورية لتمكنت هذه القوة الحرورية داخل الوسائط الفنية من تزييد درجة حرارة كيلو واحد من الماء الذي هو فى درجة ١٠ سانتغراد مثلا الى ٢٠ درجة سانتغراد.

والكحول فى الصنف الثاني. اما الزلاليات والشحوم فحائزة للصفتين اي انها مرممة ومحترقة فى عين الوقت ولكن العلماء قد اخرجوا الكحول من صنف الاغذية باتفاق الاراء وذلك بناء على احتراقه في الجسم وتوليد الحرارة فيه رغم ارادته ورغم احتياجه اليه مع كون الاغذية لاتحترق في الجسم الا بناء الاحتياج واذا شاء البدن تأخير حرقها واستهلاكها لعدم احتياجه اليها لوقت ما فالاغذية تصبر عَلَى ذلك واما الكحول فليس كذلك بل هو يحترق حين دخوله للبدن ولا يبالي اذا كان الجسم محتاجا الى حرارته ام لا.

وبناء عليه ينبغي اضافة صفة ثالثة للمأكولات والمشروبات التي تدخل البدن لاجل ان تسمي بالاغذية باستحقاق وهي لزوم اطاعتها للجسم في خصوص الهضم والاحتراق وانقيادها التام لتصرفاته كيفما يشاء وعليه يمكننا بعد التمهيدات السابقة ان نعرف الاغذية عَلَى هذا الوجه (نسمى المأكولات والمشروبات بالاغذية «١» اذا امنت للجسم احتياجه الحروري «٢» اذا اعطت اليه مايحتاج من المواد للنمو ولتلافى الضايعات «٣» اذا اطاعت قوانينه الحياتية فى طرق الاستهلاك) وبما ان النشويات والسكريات تؤمن نمو الجسم وتتلافي ضايعاته بالواسطة اي باحراق نفسها واعطاء المجال للشحوم وللزلاليات لتنمية الجسم وترميمه وتعويض ضايعاته ولولاها لاحترقت الشحوم والزلاليات ولما وجد الجسم امكانا لتأمين احتياجاته السالفة الذكر فقد اتفقت العلماء عَلَى قبولها «السكريات والنشائيات» ضمن الاغذية. اما المعادن فلعدم احتوائها للشروط السالفة الذكر فقد ادخلت فى «صنف متممات الاغذية».

ولا يوجد بين الاغذية التى ناكلها عادة غذاء بسيط منسوب الى صنف من الاصناف الاربعة السالفة الذكر بدون ان يكون فى تركيبه عناصر غذائية منسوبة الى الصنوف الغذائية الاخرى فمثلا ناكل عادة البيض والخبز والحليب وفي تركيب كل هذه الاغذية الثلاث توجد عناصر الغذائية الاربعة مجتمعة فى آن واحد وهي الزلاليات ومائية الفحم والشحوم والمعادن والطبيعة ترفض عادة الاغذية الكيماوية المستحضرة باصول صناعية والمكونة من الشحوم الصرفة والزلاليات الصرفة والسكريات والنشويات الصرفة الخ. بل ترغب الطبيعة دائما ان يدخلها الغذاء بدون ان يتغير تركيبه الكيميوي الطبيعي وهى تنتخب منه المفيد لها فتهضمه وتطرد غير المفيد وقد ثبت ان الخبز المصنوع من الدقيق الناعم — والمنخول بصورة فوق العادة والناصع البياض والعاري تماما عن النخالة اكله غير مفيد للجسم بعكس الخبز الاعتيادي الذي يحتوي عَلَى مقادير غير قليلة من النخالة.

اما الاستاذ ريشة فيقسم الاغذية الى قسمين (١) ذات قاربون فحم اي عضوية (٢) بدون قاربون اى غير عضوية فتدخل الزلاليات ومائية الفحم والشحوم في الصنف الاول وتدخل المعادن فى الصنف الثاني ثم يقسم الاغذية القاربونية اي الفحمية كذلك الى صنفين (١) اغذية قاربونية ذات آزوت (٢) اغذية قاربونية بدون ازوت فيسمى الاول بالاغذية الآزوتية والثاني بالاغذية المثلثة لتكونها من ثلاثة عناصر فقط وهي مولد الماء ومولد الحموضة والقاربون وتدخل الزلاليات فقط فى صنف الاغذية الآزوتية وتدخل الشحوم والايدارات دو قاربون (مائية الفحم) اي النشويات

والسكريات في الصنف الثاني فالاغذية الشه اي الفاربونية وغير الازوتية اذا كانت نسبة مولد الماء الموجود في ذرتها نظر المولد الحموضة نسبة الاثنين للواحد فتسمى (مائيه فحم) وهي النشويات والسكريات والكحول · اما اذا كانت هذه النسبة اعظم كنسبة الاربعة للواحد فتسمى حينئذ بالشحوم الحيوانية والنباتية والمواد الازوتية الموجودة في البيض واللحوم تسمى بالزلال او الالبومين · والموجوده في الالبان رمايستحضرمنها تسمى بالقازئين · والموجوده في الدم تسمى بالفبرين والتي في الحيوانات النباتية بالغلوتين · والموجودة داخل الكريوات بالغلوبولين · والموجوده في الخضروات باللكومن · كذلك السكريات فالتي تستحصل من قصب السكر والشمندر تسمى بالسكر والموجودة في الاثمار تسمي بالغليقوز والموجودة في الحليب تسمي باللاقتوز وكذلك المواد الدسمة فالتي تستحصل من البان الحيوانات تسمى بالزبدة اوالدهن والسمن والتى تستخرج من اللحوم تسمي بالشحوم والتي تستحصل من النباتات تسمي بالزيوت · اما النشويات فليس لها اسماء متفرقه بل تسمى بالنشويات اينما وجدت · واسهل واسرع العناصر هضما هي المواد الكحولية حيث تتراوح المدة التي تقضيها بين دخولها الجهاز الهضمي ودخولها الدم ٥ — ١٠ دقائق ثم تليها في الدرجه الثانية السكريات حيث تحتاج للهضم ١٠ — ٣٠ دقيقه · وبعد ذلك في الدرجة الثالثة النشويات حيث تحتاج للهضم ٢ — ٣ ساعات · والمواد الازوتية ٣ — ٤ ساعات · وفي الاخير تأتي الشحوم حيث انها اصعب العناصر الغذائية هضما وتحتاج الى ٤ — ٥ ساعات · ولكن المدد المذكورات هي حساب وسطى فقط وتختلف كثيراً حسب القوة الهاضمة في الشخص وحسب نوع الطعام وطرز طبخه واحضاره ·

ويوجد في كل غرام من الالبومين اي الزلال سواء كان نباتي او حيواني ٤٢٨ قالوري · ولكن الجسم لا يستفيد عادة من هذه القدرة الحرورية كلها حيث ان الجسم لا يستفيد من كل غرام من زلال اللحوم سوى ٢٥، ٤ قلورى ومن زلال البيض سوى ٣٥و٣ قلوري فقط · كما ان الجسم لا يستفيد من جميع الاغذية الازوتية التي تدخله ولا يهضمها ولا يحرقها كلها حيث اذا اكل الانسان ١٠٠ غرام من زلال البيض فلا يستفيد سوى ٨٩ غرام منه ومن ١٠٠ غرام من زلال الحليب لا يستفيد سوي ٩٢ غرام ومن ١٠٠ من زلال اللحم لا يستفيد سوى ٨١ غرام وعليه ان مقدار القالوري الموجود في ١٠٠ غرام من زلال البيض نظرياً هو ٤٨٠ ولكن الجسم لا يستفيد منه سوى ٣٨٧،١٥ قالوري

حيث ان ٥، ٥٢ قالورى الراجعة الى ١١ غرام من المقدار الاصلي لزلال البيض يخرج من الجهاز الهضمي بدون امتصاص اما ال ٣٩،٥ قلورى الباقية والتى لا يستفيد منها الجسم كذلك فهي تعود لفرق القدرة الحرورية الموجودة بين ٨و٤ قلورى وبين ٣٥ و ٤ قالورى و كذلك الحالة في سائر الاغذية فالجسم لا يستفيد من جميع القدره الحرورية الموجودة فيها للسببين المارين الذكر (١) لان الجسم لا يمتص جميع المواد المغذية التي تدخل جهازه الهضمى مع الطعام

(٢) لان القدرة الحرورية الموجودة فى هذه المواد المغذية لا يستفيد الجسم من كلها ويمكننا تشبيه حالة عدم استفادة المضخات والمحركات من جميع القدرة الحرورية الكائنة فى المواد المشتعلة التى تشغلها حيث لابد من ان قسما من الفحم او البترول الذى يحرك المضخات يبقي بدون اشتعال او يخرج كدخان اسود وبدون ان يعطي كل قدرته الحرورية للالة المحركة ·

اما الاغذية الدسمة فتحتوى على مولد الماء وقاربون وقليل من مولد الحموضة واحسن مثال لها هي الشحوم الموجودة فى اللحوم الحيوانية والزبد والسمن وانواع الزيوت النباتية كزيت الزيتون وزيت الكاكائو وزيت جوز الهند وزيت البندق والجوز والفستق الخ ··· ومن شأن الاغذية الدسمة والازوتية انها باحتراقها تنتج الحراره للجسم وتمنحه بعض القوه وان ما يزيد منها عن حاجة الجسم يرسب فى اجزاء مختلفة منه ويبقى فيها ذخرا فالزلال يرسب فى العضلات وفي سائر حجيرات الانسجة البدنية المحتاجة الى الزلال · والشحم يرسب كذلك تحت الجلد وفي الاعضاء المحتاجة اليه ايضا والوجود نؤمن معظم حرارتها عادة من الاغذية المنسوبة الى صنف مائية الفحم وهي السكريات والنشويات وفي الدرجة الثالثة من الشحوم وفي الدرجة الرابعة من الزلاليات وسبب ذلك عدم امكان ادخار السكريات والنشويات في الجسم وعليه يضطر البدن لاستهلا كما طالما لا يتمكن من ادخارها وحفظها ولا يحرق الجسم شحومه وزلالياته التي يدخرها الا عند الضيق والاضطرار وذلك حين ابتلائه بالجوع اثر الفقر او اثر مرض يمنعه من الطعام وعليه نرى الفقراء الذين لا يتمكنون اشباع بطونهم ضعاف العضلات وقليلي الشحم كما ان المرضى الذين يبتلون بامراض مزمنة وطويلة يضيعون شحومهم وقسما عظيما من زلال عضلاتهم وسائر انساجهم وفى كل غرام من الشحوم يوجد ٩،٣ قالوري ولكن الجسم لا يستفيد من كل غرام من شحوم اللحوم وشحوم البيض سوي ٩ قالوريات ومن الشحوم الموجودة فى الالبان سوي ٨،٨ قالوريات ومن شحوم النباتات سوي ٨،٨٣ قالورى فقط ·

اما الاغذية النشوية والسكرية المسماة بالايدروقاربونية اي المائية الفحمية فتتكون من قاربون ومولد الحموضة ويوجد الاخير فيها بكمية وافرة بحيث لو امكن اتحاده مع مولد الماء لانتج الماء · ويدخل تحت هذا القسم من الاغذية انواع السكر والنشا الذى لابد من استحالته الى سكر قبل امتصاص الجسم له وتستخرج هذه الاغذية خاصة من النباتات غير ان بعض المواد المستخرجة من الحيوان كاللبن مثلا يحتوي على سكر ايضا وكما انه يوجد انواع من النشاء (كنشاء الحنطة، والشعير والفاصولية والبزلية واللوبية والدخن والارز والبتاتس والعدس والفول الخ من الحبوبات والبقول النباتية) توجد انواع عديدة من السكر ايضا كسكر القصب وسكر العنب وسكر التين والتمر وسكر الشمندر وسكر سائر الاثمار والفواكه الحلوة · ووظيفة هذا القسم من الاغذية توليد الحرارة والقوة في الجسم ليس الا والبدن لا يتمكن من ادخاره واضافته الى مواده الاساسية المكونة لبناء جسمه بعكس المواد الزلالية والشحمية التي مر البحث عنها · وفى كل غرام من النشويات والسكريات يوجد (٤،١) قلوري

ومن كل غرام من سكر اللبن المسمى باللاقتوز سوى (٣٫٨) قالورى · اما الاغذية غير العضوية التي يحتاج اليها الانسان وتدخل بدنه ضمن المأكولات والمشروبات السائرة فتنقسم الى قسمين معادن وحوامض فاهم المعادن الداخلة في تركيب الاغذية والجسم البشري كذلك هى (الفوسفور والكبريت والحديد والكلس والقلور والصودا · والمانغنزيا الخ) وهذه المعادن توجد في المأكولات الحيوانية والنباتيه وياخذ الانسان احتياجه منها باكله لتلك الاغذية اما اهم الحوامض التي يحتاج اليها الانسان فتوجد في الاثمار وسائر الخضراوات وهي (حامض الطرطريك والليمونيك الخ) وادخال الحوامض للبدن ضروري لمنع حصول مرض الاسكربوط · وهذا الصنف من الاغذية ليس فيه قدره حرورية مطلقا وعليه لا يستفيد البدن منه من نقطه نظر القالوري ولكنه يستفيد منه من وجهه اخرى وهي ترميم البدن وتنميته وتعويض ضايعاته المادية التي يفقدها حيث عظام البدن فقد تتكون بال ($\frac{15}{190}$) من مواد معدنية صرفة بصرف النظر عما تحتوي عليه سائر انساج البدن من الكميات غير القليله للمعادن اما فوائد الحامضات فقد بيناها وهي منع مرض الاسكربوط من الاستيلاء على الجسم · كما ان الاملاح المعدنية ضرورية لتركيب الجسم فالقلويات تجعل السوائل قلوية والحوامض تدخل في تركيب كثير من العصارات وتساعد الاملاح على الامتصاص والافراز والحديد ضروري للدم كما ان الفوسفور لازم للعظام والاعصاب ويدخل الماء ايضا في هذا الصنف وهو ضروري جدا في الاغذية بذيب الاملاح ويساعد الجسم على امتصاصها وتحتوي الاطعمة على قليل منه وقد يحتوي بعضها على كمية عظيمة منه فيحتوي على اكثر من النصف اما اصناف المأكولات الجافه كالرز فانها لا تحتوي الا على قليل من الماء وذلك لاحتوائها على كمية كبيرة من الدهن كالزبد مثلا والماء يكون ثلاثة ارباع جسم الانسان وهو الذي يساعده كثيرا على اداء وظائفه فيساعد السوائل على الحركة كما يساعد على التبادل فيما بينها والانسان الكهل التام الصحة يتمكن من ان يعيش على الماء القراح وحده بدون طعام اكثر من ٤٠ يوما داخل شروط فنية طبية ولكنه لا يتمكن من ان يعيش على الطعام الجاف وبدون الماء اكثر من ٣ ايام ·

مقدار القالوري الذي يحتاج

اليه الانسان

ان الرجل الكهل بالنظر الى اشغاله وطرز معيشته يحتاج الى مقدار معين من القوى الحرورية اي القالوري وعليه تنقسم هذه الاحتياجات بالنظر لاشغال الرجال الى ثلاثة (١) الرجل الذى يعيش باستراحة تامة فوق الفراش (٢) الرجل الذي يحيى حياه طبيعية كالتاجر والطبيب والمحامي وموظفي الحكومة الذين يشتغلون وراء منضداتهم (٣) الرجل الذي يشتغل بيديه ورجليه كالعامل والصانع والحداد والنجار والفلاح الخ . . . فالرجل الاول يحتاج الى ٥٠٠ قالورى والثاني (٢٥٠٠) قالورى والثالث الى ٤٠٠٠ قالوري ولا يتمكن الجسم من ان يعيش على نوع واحد من عناصر الاغذية السالفة الذكر كالزلاليات والشحوم والمائية الفحم ويستوفي جميع احتياجه الحروري منه

مباشره بل يحتاج الجسم بصوره قطعية ضرورية الى كل العناصر الغذائية في زمن واحد وهو ينتخب الذى يجب احراقه ويدخر الواجب ادخاره ويطرد اللازم طرده الخ · والجدول الاتي يرينا بصوره تقريبية مقادير العناصر الغذائية الواجب اعطائها الى الشخص يوميا وهذه تفيد فقط ادارات المدارس وامراء الميره في الجيوش ومدراء المصانع والمستشفيات الخ · من الهيئات العامة المنظمة التي تعطي الى منسوبيها اغذية بصورة عامة · اما الاشخاص المستقلين في اداره شؤونهم فاحسن شيء لهم ان يأكلوا ما يشتهون حيث ان الطبيعة الفطرية والقوانين الفيزيولوجية في الجسم لا تشتهي غذاء مضرا للبدن (ماعدا الاحوال المستثنات وبعض العادات المضره) وعليه للشخص ان يأكل الاثمار حتي يشبع اذا شعر بميل نحو اكل الفاكهة وان يأكل من اللحوم قدر كفاية اذا وجد في نفسه ميل لذلك الخ · حيث ان البدن لا يشتهي غذاء بدون ان يكون محتاجا له من نقطة نظر الفيزيولوجي

وان احسن غذاء للاطفال هو لبن الام (انظر تركيبه في صحيفة (٢٠٧) وكذلك الشيوخ ينبغي ان يكون اكثر غذائهم من الالبان وسائر الاطعمة السائلة وخاصة الفواكه دفعا للقبض المعوي كما يقتضي على الشيوخ ان يبتعدوا مهما امكن من اكل اللحوم وخاصة الحمراء منها ولا بأس من اكلهم اللحوم البيضاء (*) حيث ان اللحوم الحمراء

(*) تنقسم لحوم الطعام الى قسمين حمراء وبيضاء فلحوم الاغنام والبقر والخنزير وسائر الحيوانات من ذوات الثديا تعد من اللحوم الحمراء ولحوم الطيور والاسماك من البيضاء ·

عندما تمتص وتتحلل في البدن تولد مركبات آزوتية ذات تأثير خاص على الجلة الدورانية وخاصة العروق الدموية والشرايين فتسبب حصول تصلب الشرايين الذي يسرع حصول الشيخوخة وفقد الاعضاء والاجهزة البدنية لنشاطها الفيزيولوجي ومن ثم تولد الامراض المختلفة ·

جدول عناصر الاغذية التي يحتاج اليها الانسان خلال ٢٤ ساعة بحسب الغرام

	في الاستراحة التامة	في العمل الاعتيادي	في العمل الشاق
مواد ازوتية	٣٠	١٠٠	١٨٠
مواد دهنية	١٠	٨٠	١٣٥
مواد نشوية	٧٥	٣٢٠	٤٨٠
مواد سكرية	١٠	٢٥	٥٠
املاح ومعادن	١٥	٣٠	٤٥
ماء الطعام	٥٠٠	٥٠٠	٧٠٠
ماء الشرب	١٥٠٠	١٧٠٠	٢٣٠٠
مجموع ما يدخل جوف الانسان	٢١٣٠	٢٧٥٥	٣٨٩٠
مجموع ما يحتوي عليه من القالوري	٥٠٠	٢٥٠٠	٤٠٠٠

والجدول الآتى يبين انواع الاطعمة مع مقدار العناصر الغذائية التي توجد في تركيب كل واحده منها ومقدار ما تحتوى عليه من القدره الحرورية اى القالورى ·

جدول الكالورى للاطعمة بنسبة المائة غرام

الاطعمة	الزلال	مائية الفحم	الشحم	الكالوري
لحم الغنم	١٩،٨٩	—	٢،٨٢	١٠٥
« البقر	٢٠،٨٩	—	١،٥٧	١٠١
« الخراف	١٩،١٠	—	١	٨٧
« الجاموس	١٩	--	٠،٨٢	٨٥
« الغزال والابل	٢١،١٩	—	١،٩٢	١٠٥
« الارنب	٢٣،٣٤	٠،١٩	١،١٣	١٠٧
« الوز	٢٢،٦٥	٢.٢٣	٣،١١	١٣١
« الدجاج	٢٣،٣٢	٢،٤٩	٢،١٥	١٣٥
« الحمام	٢٢،٩٠	—	١	١٠٣
« البط	١٥،٩١	—	٤٥،٥٩	٤٨٩
« السمك	٢١،٨٦	—	١.٠٩	١٠٠
البيض	١٢،٥٠	١،٥٥	١٢،١١	١٦٦
الحليب	٣	٤،٥١	٣،٥٥	٦٥
الزبدة	٠،٧٤	٠،٥٠	٨٤،٣٩	٧٩٠
الدلوه	٣،٨	٣،٢٠	٣،٦٠	٦٦
الجبن الابيض	٢٢،١٢	١،٣٧	٣١،٥٠	٢٩٣
الرز	٦،٧٣	٧٨،٤٨	٠،٨٨	٣٥٧
الذره	٩،٤٠	٦٩،٣٣	٤،٢٩	٣٦٣
البازليا	٢٣،١٥	٥٢،٦٨	١،٨٩	٣٢٨
العدس	٢٥،٩٤	٥٢،٨٤	١،٩٣	٤٤١

الاطعمة	الزلال	مائية الفحم	الشحم	الكالورى
الفاصولية	٢٥،٣١ .	٤٨،٣٣	١،٦٨	٣١٨
الحمص	١٨،٦٢	٥٥،٦٠	٥،٣٦	٣٥٢
الايرميك	١٢،١٥	٧٦،١٢	٠،٧٥	٣٦٩
البرغل	٨،٤٠	٧٨،١٠	١،٩٢	٣٥٤
دقيق الحنطة	١٠،٢١	٧٤،٧١	١،٩٤	٣٥٧
الجاودر	١١،٥٧	٦٩،٦١	٢،٠٨	٣٥٢
دقيق الشعير	١١،٣٨	٧١،٢٢	١،٥٣	٣٥٣
النشاء	١،١٨	٨٢،١٣	٠،٠٦	٣٤٣
المكرونه	١١،٥٨	٧٥،٢١	٠،٦٠	٣٦١
البطاطه	٢،٠٨	٢١،٠١	٠،١٥	٩٦
الفجل	١،٩٢	٨،٤٣	٠،١١	٤٣
البصل	١،٦٨	٢،٣١	٠،٠٩	١٥
التفاح	٠،٣٦	١٢،٠٥	—	٥١
الكمثرى	٠،٣٦	١١،٨٠	—	٥٠
الكوجه	٠،٧٨	١١،٠٧	—	٥٢
الخبز	٦،١٥	٥١،١٢	٠،٤٤	٢٣٩
البكسماد	٨،٥٥	٧٥،١٠	٠،٩٨	٣٥٢
الكراز	٠،٦٧	١٢	—	٥٢
الخوخ	٠،٦٥ .	١١،٦٥	—	٥٠
المشمش	٠،٤٩	١١،٠٤	—	٤٧
العنب	٠،٥٩	١٦،٣٢	—	٦٩
الوشنه	٠،٦٧	١٢	—	٥٢
الجبلك	٠،٥٤	٧،٧٤	—	٣٤
البطيخ	١	٦،٥٣	٠،٣٢	٣٣

الاطعمة	الزلال	مائية الفحم	الشحم	الكالوري
الرقى	١	٦،٥٣	٠،٣٢	٣٣
البرتقال	٠،٧٣	٥،٥٤	—	٢٦
الليمون الحامض	٠،٠٥	٠،٨٧	—	٤
« الحلو	٠،٧٣	١٧	—	٧٢
الكستانه	١٠،٧٦	٧٣،٠٤	٢،٩٠	٣٧٠
التمر	٠،٢٠	٦١	٠،٥١	٢٥٥
الرمان	١،١٧	١١،٦٦	١،١٥	٦٣
التين الجاف	٤،٢١	٤٩،٨٩	—	٢٢١
الزبيب	٢،٤٢	٥٤،٥٦	—	٢٣٢
الفستق	١٧،٤١	٧،٢٢	٦٦،٦٠	٦٨٣
الجوز	١٥،٧٧	١٣،٠٣	٥٧،٤٣	٦٥٢
اللوز	٢٣،٤٩	٧،٨٤	٥٣،٠٢	٦٢٢
الماندرين	٠،٠٥	١،١٤	—	٤٨
السفرجل	٠،٢٥	٨	—	٣٥
الأسبناغ	٣،٧١	٣،٦١	٠،٥٠	٣٤
الكرفس	١،٤٧	١١،٨٠	٠،٥٩	٥٨
الملفوف اى اللحنة	٣،٩٩	١١،٦٣	٠،٩٠	٧٢
القارنبهار	٢،٤٨	٤،٥٥	٠،٣٤	٣٢
الجزر	١،٠٧	٨،١٧	٠،٢١	٤٠
اللفت (الشلغم)	٣،٥٢	١١،٣٤	٠،١٤	٦٢

الاطعمة	الزلال	مائية الفحم	الشحم	الكالورى
الفاصولية الخضراء	٢،٧٢٠	٦،٦٠	٠،١٤	٣٩
البازليا »	١،٥٩	٢و٦٣	٠،٢٥	٨٣
الهليون (اسباراغا)	١،٧٩	٢،٦٢	٠،٢٥	٢٠
الشمندر	١،٢٦	٨،٦٨	٠،١٣	٤٢
الخس	١،٤١	٢،١٩	٠،٣١	١٧
الثوم	٦،٧٦	—	٠،٦٠	٣٣
الفول الاخضر والانكبار الاخضر	٠،٧٩	٤و٤٣	٠،٠٢	٢٠،٥
الباذنجان	١،٤٤	٤،٧٧	٠،١٧	٢٦،٥
البامية	١،٥٠	٧	٠،٥٠	٣٤
القرع	٠،٥٣	٤،٠٨٣	٠،٠٦	٢٣،٦
الطماطه	١،٢٥	٤،٧٠	٠،٣٣	٢٧
الفول اليابس	٢٤،٩٠	٥١،١٣	٢،٢٠	٣٣٢
الحلاوة الراشية	٨،٦٨	٦٣،٦١	١٩،٥١	٣٧٣
الزيتون	٠،٧٦	٨،٤٠	١٤،٤٨	١٦٩
الدبس	—	٧٩	—	٣٢٣
دهن الزيتون	—	—	٦٥	٦٠٠
الدهن العادي	—	—	٨٥	٨٠٠
السكر	—	١٠٠	—	٤١٠
القشطة	٤	٤	٣٥	٣٦٠

المقتبسات

للدكتور هاشم الوتري

عن المجلة الطبية البريطانية

سن مائت محشو يصبح منبعا لعدوى الدم بالميكروبات العقدية

The Filled Dead Tooth as a Source of Streptococcal Blood Infection.

اذكر هذه الحادثة لا لمجرد كوني لم اعثر على نظيرها في الصحفات الطبية ولا لكونها من الحوادث التي يستفاد منها علميا وانما غرضي من تدوينها هو اكتشاف حادثات اخرى مثلها حتى يتسنى لنا تأسيس نوعيتها وهذه هي الحادثة :

كان المريض رجلا له من العمر ٢٩ سنة · اصيب في مساء احد الايام بالتهاب اللوزتين مع الم شديد في مفصل القدم الايسر وقد زال الالتهاب من اللوزتين في اليوم الثاني ولكن مفصل القدم قد ورم بحيث ان الاصبع يترك فيه اثرا عند الضغط به عليه · ولم يلجأ المريض الى ملازمة الفراش الا بعد ان اصيب بالم في اسفل الصدر من الجهة اليمنى وتوعك في الجسم وارتفاع في الحرارة يعادل ١٠١و٥ درجة بمقياس فهرنهايت · ولم تظهر على هذا المريض علائم تدل على اصابة الكلى او على وجود البول الزلالي · وقد تلاشى الالم من الصدر تدريجيا في مدة ستة اسابيع ولكن الانتفاخ قد تعدى المفصل وسرى نحو الساق ولم ينحدر نحو الاصابع ابدا · وكان المريض لايشكو من الم بسبب هذا ولم يوجد في المفصل ماء وكلما ازاد هذه الحالة قد ذهبنا في التشخيص مذاهب عديدة وربما كان تشخيصنا الاقرب الى الحقيقة هو انسداد الوريد القصي الخلفي ·

وقد رفعنا اللوزتين بعد شهر من الزمن ورفعنا الزائدة الدودية بعد اربعة اشهر عندما وجدناها قد اصيبت بالتهاب حاد ومكث الانتفاخ يعاود مفصل القدم بدرجة خفيفة الى مدة اربع سنوات بالرغم من لفه برباط محكم كاف لحصره ·

وكان المرض قد بدأ في مايس ١٩١٩ وخلال شهر آب من سنة ١٩٢٣ ظهرت في جلد المريض بوادر الحمرة (Erysipela.) ولم يلبث ان شعر بتوعك في مزاجه وحرارة تبلغ درجة ١٠١ احدثت له في ظرف نصف ساعة · وفضلا عن ذلك فان المريض اصيب بقيء غزير ظل يقاسي عذابه مايقارب ٢٤ ساعة · ثم احس بالم شديد في العقد اللنفاوية المغبنية اعقبه حر والم واحمرار وانتفاخ في فروع الوريد الصافن في حين ان اصل الوريد ذاته كان بمعزل عن الالتهاب وهذا مايدل في الظاهر على ان الآفة انما كانت مستولية على الاوعية اللنفاوية المصاحبة للاوردة · وقد ثبت الفخذ والركبة منعا لكل حركة اومشي فعاد الساق الى حالته الطبيعية في شهر واحد ·

وحدث نظير ذلك في حزيران وآب من سنة ١٩٢٤ · وكانت صولة المرض اخف وطأة في سنة ١٩٢٥ وكان

القيء اضعف تأثيرا · وحمل المرض حملة اخرى ولكن اخف من الاولى في شهر مايس من هذه السنة عينها وذلك على اثر التطعيم بطعم الميكروبات العقدية (الاستربتوكوك) الذي استعمل بفواصل كل منها اربع ساعات · وقد اجريت المعالجة بالحرارة الشعاعية طول امتداد حملة المرض وفي شهر اب من نفس تلك السنة بدت في المريض ظواهر وخيمة في حين ان القيء والاختلاط العقدي كانا خفيفين ولكن الساق كان مؤلما بالضغط عليه وكانت اقل حركة في اصابع القدم او مفصلها تورث الما شديدا · وكانت اوتار العضلات التي حول مفصل القدم حمراء مؤلمة ومنتفخة وقد شاهد المستر ماك آدام ايكلس McAdams Eccles سبب هذه الحادثة ونكر في انها منبعثة عن بؤرة في السن واشار الى تصويره بالاشعة وقد اجرى التصوير ولو ان ذلك كان غير واف بالمطلوب ·

وفي شباط عام ١٩٢٦ عاد المرض فحمل حملة اخرى ولكن بدون قيء فحقن المريض بـ ٤٠ س · م من المصل المضاد للاستربتوكوك وقد حدث نظير هذه الحملة حملات اخرى في شهري نيسان وحزيران وقد شاهد الدكتور آدمصون (H. G. Adamson) المريض فاشار عليه بالمعالجة باشعة رونتجن وطلي موضع الآفة بمحلول نترات الفضة في الكحول واوصى بفحص السن مرة اخرى وقد اجري هذا الفحص في المدرسة الجامعة من قبل المستر ميلويل (Mr. Melville) واخذت صورته وعرضت على المستر كارتر (Mr. J. T. Carter) فكان تشخيصه ان هناك خراجا في جذر الضرس الثاني وقد ايد هذا التشخيص الدكتور هومان (Dr. Human) ولما رفع حشو السن الذي كان محكم الوضع ظاهرا اخذ الصديد يفيض من الجذر الاثنين · وقد ضمد السن تضميدا مطهرا في تموز ولم تظهر علائم الشفاء الا بعد ثمانية اسابيع ·

ولم يحن الوقت بعد للتنبوء عن شفاء المريض شفاء تاما وحالته تحسنت جدا منذ الشروع بمعالجة السن وقد ظهر هذا التحسن بزوال الانتفاخ القليل الذي كان مرابطا في مفصل القدم ·

واعتقد ان الاضطراب الاول انما كان بسبب سدة وريدية اضعفت مقاومة الساق الطبيعية ومهدت السبيل لهجرة الميكروبات من البؤرة العفنة وان حملات المرض السابقة قد سهلت اقتحام هذا القسم من البدن فاستسلم حالا لهجوم الميكروبات العديدة التي انفصلت في اوقات مختلفة من مقرها في السن · فاذا ثبت ان هذه الحادثة نشأت عن السن فانها تكون مؤيدة لما جاء في مقال للدكتور شبراصون (E Sprawson) في مجلة اللانست في الصحيفة ٣٠٠ من عددها الصادر في ٧ آب ١٩٢٦ حيث قال ان السن المائت المحشو بدون ان تجرى معالجة جذره يكون دائما منبعا لاعراض بؤرية عديدة ·

A. P. Birtwhistle, M.B., Ch. B., F.R.C.S., Ed.

حادثة التهاب منتشر في غضروف الجفن

A Case of Diffnse Tarsitis

كثيرا ما يقع التهاب موضعي في الصفيحة الغضروفية

للاجفان وابسط مثال لذلك التهاب غدد (مابيوميوس) ولكن الحادثة التالية هي حادثة التهاب منتشر شامل للصفيحة الغضروفية باجمعها ومنحصر فيها دون ان يتعدي الى ما حولها وهي حادثة جديرة بالذكر ·

راجعني شاب له من العمر ٢٢ سنة فذكر لي انه قد حدث له انتفاخ قليل فى الجفن قبل بضعة اشهر · وقد اخذ الانتفاخ يتزايد بسرعة طول الشهور التي تقدمت زمن مراجعته ولم يكن هناك لا الم ولا حساسية والذي ساقه الى المعاينة انما كان التشوه الحاصل في وجهه بسبب انتفاخ الجفن الذي وجده يزداد عَلَى مر الايام حتي انتشر على طوله وكان الانتفاخ بارزا قليلا في موضع اتصال الثلاثة ارباع الانسية من الجفن بالربع الوحشي منه واذا نظر الى الجفن من الجانب يري وكانه كيس معلق · وكان جلد الجفن متمدد اويسهل جدا رفعه عن الصفيحة الغضروفية وكان لونه ضاربا الى الزرقة بسبب انضغاط الدورة الوريدية الراجعة · وكانت اوعية المتضمة العينية محتقنة خاصة عند بروز الانتفاخ في الموضع الذى سبق ذكره · وكان حرف الصفيحة الغضروفيه يدرك بالاصابع بسهولة عَلَى طول امتداده ويمكن القبض على الصفيحة نفسها بين السبابة والابهام واذاما ضغط عليها ضغطا خفيفا وجدت كانها جسم مرن كالمطاط ·

وقد بضع موضع بروز الانتفاخ من وجه المتضمة فلم يخرج منه صديد ولم يمكن استخراج الغضروف بواسطة الملعقة صالما كان او متليناوقد ضمد الجفن تضميدا ضاغطا لمدة اسبوع واحد وضع الورم مرة اخرى الى جانب البضع الاول عندمافشل التدبير الاول فى ازالته وعندئذ خرجت منه قطره من الصديد واخري من الغضرون المتلين ومنذ ذلك الحين قد زال الانتفاخ تدريجيا واعيد البضع مره ثالثة بعد شهرين فرجع اذ ذاك الجلد الى حالته الطبيعية واكتسب المريض الشفاء · والمظنون ان هذا الالتهاب انما نشأ عن التهاب اولى حدث فى غدة من غدد (مابيوميوس) ·

E. Nicholas Hughes, M.R.C.S.,
L.R.C.P., D.Q.M.S.,
Honorary Assistant Surgeon,
St. Paul's Eye Hospital, Liverpool

الادرينالين في وقوف القلب

Adrenaline in cardiac arrest

نشرت المجلة الطبية البريطانية مذكرة مفيدة عن الادرينالين فى توقف القلب فى عددها الصادر في ٢٨ من اب (ص ٣٨٨) وقد وقعت لنا نفس التجربة قبل اسبوعين ·

قد اعطي مخدر لصبي يشكو من كسر الطرف الاسفل لعظم المكعبرة · ولما جبر الكسر ابطل اعطاء المخدر وبعد دقيقة بالضبط وجد ان التنفس قدانقطع عن العمل ووقفت ضربات القلب ·

وقد عمل التنفس الاصطناعي بدون جدوى · وعلى اثر ذلك حقنا في داخل قلب الصبي نحو ٢ واس · م من محلول الادرينالين بنسبة ١ فى ١٠٠٠ فعاد القلب الى الحياة وهكذا كان الصبي قد مات في الظاهر ما يقارب الستين دقيقة ·

John S. O' Donovan; M. B
T. D. Fitz Patrick, M. B

مولدات الضد للانفلوآنزا في معالجة الالتهاب الدماغي السباتي

Influenza Antigen in the treatment of Encephalitis Lethargica

قد نشر فى المجلة فى عددها الصادر في ٢٧٧ مارت ٩٢٠ مقال قيم مفيد للدكتور كروفتون (Dr. Crofton) عن اسباب الالتهاب الدماغي السباتي ومعالجته · يعتقد الدكتور كروفتون ان باسيلوس الانفلوآنزا هو سبب المرض وقد دعم اعتقاده هذا بحجج ابرزها فى مراسلة له عند ذكر سيرة بضع حادثات من المرض قد شفيت بمولدات الضد للانفلوانزا

وتأييدا لمقاله ذلك اذكر فيما يلي النتائج الباهرة التى اسفر عنها العلاج بنفس الطريقة في حادثتين وقعت لمريضين مصابين بالمرض قد اتيح لي مشاهدتهما

الحادثة الاولى

رجل بستاني له من العمر ٥٨ سنة قد اصيب بالانفلوانزا فى الاسبوع الثانى من شهر مايس ١٩٢٤ وكان هذا المرض متفشيا فى القرية التى هو فيها وكان في البيت شخصان كانا قد اصيبا بنفس المرض قبل زمن يسير · وقد زال المرض عنه ولكن لم يلبث ان شعر بضعف يزداد يوما فيوما الى ان احس في ٢٠ مايس انه قد اصيب بتضاعف البصر (Diplopia) وقد اشتد هذا العرض فاردفه النعاس وكان النوم ياخذ الرجل في اى وقت من النهار ومع ذلك فهو فاقد الراحة فى الليل وقد عولج بشروب ايستون (Easton's Syrup) وخلاصة الغده فوق الكلوية والهيكسامين وطعم الانفلوآنزا (تجهيز بارك ديفس وشركائه) الذى حقن ثلاث مرات تحت الجلد ·

وبالرغم عن ذلك فقد ظل المريض مستمرا على حالته السيئة وفي ٢٥ من حزيران اصبح فى حالة خطرة جدا فكان لا يضبط البول او الغائط وقد اشتد نعاسه وغمضت عيناه فلم يدري اى شئ وقد اصيبت عينه اليمني بالحول الوحشى ولاحت عليه ظواهر الباركنصونيزم · وكان هناك خال عقلى بارز والمريض يخال انه منهمك فى عمل «كانه يشتغل فى التجارة» وقد حقن للمريض في ذلك اليوم مولد ضد الانفلوانزا المجهز من زرع نقي لباسيلوس الانفلوانزا جرد من مصاب بهذا المرض · وبعد ثلاثة ايام وجد تحسن قليل فى سلاسة البول فكان المريض سلس البول في وقت النوم فقط ومع ذلك فقد كان هذا اقل تمجيزا للمريض عما كان سابقا وقد اعيد الحقن اربع مرات فكان الحقن الرابع قد اجرى فى اليوم الخامس من تموز فخف عَلَى اثره سقوط الاجفان وحينما اجرى الحقن الخامس بعد خمسة ايام شوهد تحسن قليل فى باصرة المريض اذ انه صار يعد الاصابع بالضبط ولما كان اليوم الثاني والعشرون من تموز تلاشي سقوط الاجفان ولم يبق منه سوي اثر فى العين اليمنى فقط وقد اصبح فى وسع المريض التخطي في الغرفة وقد عادت اليه قواه العقلية العادية · وفى الاسابيع التالية قد شفى من سلاسة البول وفي ٢٩ من تموز اصبح فى استطاعته الجلوس في غرفته نصف ساعة يوميا · وقد اخذ النعاس بالزوال تدريجيا فصار الان طفيفا وقد زالت سلاسة البول تماما ومنذ الان اخذت صحة المريض بالتحسن رويدا رويدا فاصبح فى تشرين

الاول مستعدا للقيام بعمله في خارج منزله وفي كانون الثانى ١٩٢٥ اخذ يشتغل فى اعمال البستان وهو على ذلك الى حد الان .

الحادثة الثانية

فتاة لها من العمر تسع سنوات قد مرضت فجأة فى شهر مايس الماضي وكان مرضها توعك وخمول في البدن وصداع وقيء وقبض عنود وقد انضم الى ذلك اخيرا عدد من الظواهر كالتهاب مضاعف في العصب البصري وعلامة كرنيك (Kernig) وعلامة برودسينسكى (Brudzinski) — علامة خلف العنق — وقد ارتفعت الحرارة الى درجة ١٠١ فهرنهايت . وكان هناك تزايد في اللوكوسيت ساوي ٤٢٨٠٠ وفى ١٧ حزيران عادت المريضة الدكتور تورتون (Turton) فعمل لها بزل قطني ولما فحص السائل الدماغي الشوكى وجد انه مماثل لما هو في الالتهاب الدماغي السباقي .

وقد حقن للفتاة مليون من مولدات الضد الانفلوانزا تحت الجلد في اول يوم من تموز . ولما حقن ذات المقدار بعد سبعة ايام شوهد فى صحة المريضة تحسن ظاهر في تناقص علامتي كرنيك وبرودسينسكي وقد استؤنف الحقن اربع مرات بالتتابع في اليوم الرابع عشر والثاني عشر والثالث والعشرين والثامن والعشرين من تموز بمقدار $1\frac{1}{2}$، ٢، ٣ ملايين . وقد تلاشت علامتا كرنيك وبرودسينسكي فى اليوم الثالث والعشرين من تموز ولم يبق سوى صداع قليل يعاود المريضة احيانا . وبعد الحقن الاخير دخلت المريضة في دور النقاهة وسارت فيها بسرعة وكانت في اليوم الثاني من آب قادرة على المشي في البستان وقد عادت اليها صحتها التامة بعد اسبوعين .

John R. Keith, M. D

الشؤون

عودة جلالة الملك المعظم

تشرف حضرة صاحب الجلالة الملك فيصل المعظم عاصمة ملكه مساء ١٧ تشرين الاول عائدا من رحلته فى اوربا التى استغرقت ثلاثة اشهر وكانت علائم الصحة التامة بادية على جلالته اما المدينة فزينت لاستقبال جلالته ابدع زينة وكانت الاعلام تخفق على دورها ومبانيها واصطف في الشوارع عدد من الكشافة يقدر بستة آلاف كشاف . وان جلالة الملك المعظم قطع الصحراء راكبا والمعية سياراته الخاصة من سواحل سوريا . وفى منتصف طريق الصحراء قابلت ركبه العالى السيارات البريطانية المدرعة وعددها ستة فسارت فى خفارة جلالته . فالجمعية الطبية البغدادية تتمنى لجلالته الصحة التامة والعمر الطويل .

جلسات الجمعية الطبية البغدادية

عقدت الجمعية الطبية البغدادية اجتماعين فى شهري ايلول وتشرين الاول حسب منهاجها السنوي كما يلي :

جلسة ايلول سنة ١٩٢٦

عقد اجتماع ايلول في اليوم التاسع والعشرين منه المصادف ليوم الاربعاء نحو الساعة السادسة بعد الظهر فى مكتبة

الجمعية في المستشفى الملكى برئاسة الدكتور دنلوب وقد حضر هذا الاجتماع ١٢ عضوا وافتتحت الجلسة بعرض بعض الحادثات المرضية المهمة من قبل اطباء المستشفى الملكى وجرت مناقشة علمية حول تلك الحادثات ثم القى الدكتور نظام الدين بك خطابه في انحلال الدم ومحللاته وقد نشر هذا الخطاب المفيد في العدد الثانى من هذه المجلة . وقد قام الدكتور هاشم الوتري بامور سكرتيرية الجمعية بالنيابة عن الدكتور صائب شوكت الذي سافر اخيرا الى لندن .

جلسة تشرين الاول سنه ١٩٢٦

تمت هذه الجلسة في المستشفى الملكى فى ٢٧ تشرين الاول سنة ٩٢٦ الموافق ليوم الاربعاء نحو الساعة ٥ مساء برآسة الدكتور دنلوب وقد حضرها اغلب الاعضاء وبدأت الجلسة بعرض الحوادث المرضية الاتية من قبل اطباء المستشفى الملكى :

(١) حادثة ناصور بولي وتصلب فى الصفن ناشئ عن البلهارزيا وحادثة فلج العصب المحرك الوحشي في العين اليمنى ناشئ عن صدمة اصابت قاعدة الجمجمه وحادثه فتق دماغي مع فلج نصفي وقتي نشأ عن جرحة نارية فى القسم الجداري من الرأس وقد انتهت الحادثه بالشفاء وحادثه امرأة وضعت ثلاثه اولاد (الدكتور ابراهيم الالوسى) .

(٢) حادثة كيس ديدانى في العين اليسرى (الدكتور عبد الرحمن المقيد)

(٣) حادثة فتق النخاع الشوكى (الدكتور جورج حيقارى)

(٤) حادثة فلج نخاعي تشنجي ناشئ عن داء الافرنج وحادثه ضخامه الطحال والكبد مع استسقاء بطنى ناشئه عن مرض البلهارزيا وحادثه ميكزوديما (الدكتور هاشم الوتري)

ثم القى الدكتور شكري محمد مقالا فى الكهربائيه فى المعالجه الحديثه وكان هذا المقال مفيدا جدا وقد تناول الخطيب فى هذا المقال مواضيع في غاية من الاهميه وافاض فى البحث عن فوائد الكهربائية في معالجه اغلب الامراض التي يعثر عليها في هذا القطر واورد براهين تجربية حصل عليها في مدة ممارسته التي تتخلل بين ١ كانون الاول سنه ٩٢٤ و٢٤ تشرين الاول ٩٢٦ اي ما يقارب الثلاث سنوات .

وكان النجاح باهرا لاسيما في معالجه البثرة البغداديه (الاخت) فقد عالج نحو ٢٥ حادثه نجحت منها ٢١ فشفت تماما وقد فشل العلاج في ٤ حادثات ويعزي سبب ذلك الى اتساع منطقه البثرة وتقدمها ويقول الاستاذ ان المعالجه تكون اقرب للنجاح كلما كانت البثرة صغيرة وفي مبدأ تكونها اذ يكفي في هذه الحالة كي البثرة بالكهربائيه مرة واحدة ولا تبقى البثرة بعد المعالجه الا ندبة صغيرة جدا تكاد لاترى وقد عرض على الجمعية ولديه الذين عالجهما بهذه الطريقه .

وخلاف ذلك فقد اتي على ذكر سلسلة من الامراض التي عالجها بالكهربائية واسفر العلاج عن شفاء معظمها ومن تلك الامراض الاكزيما واللقوة (الشلل الوجهي) والعنانة الغيز مصحوبة بمرض عضوى

ويقال اجمالا ان اهم المواضيع العلمية والمناقشات الفنية كانت تدور في هذه الجلسة التى اظهرت التقدم العظيم

الذى قطعته الجمعية الطبية في خلال سنواتها القصيرة ولنا عظيم الامل ان هذه الجمعية سوف تنمو وتسير فى طريقها الى التكامل دون توقف حتى تظاهي يوما اعظم الجمعيات العلمية فينبعث منها للقطر العراقي نور العلم الحقيقي الذي نحن احوج اليه من اي شيء .

البعثة الطبية الاولى

من اهم مقاصد مصلحة الصحة العراقية القيام بمشروع فتح المدرسة الطبية العراقية وترمي بذلك الى سد الاحتياج العظيم الذى تشعر به البلاد الى اطباء عراقيين وهي لم تزل ساعية لتحقيق هذه الفكرة منذ بضعة سنوات حتى تم لها اخيرا النجاح في مسعاها حيث قرر نهائيا تأسيس هذه المدرسة العظيمة في اقرب وقت وقد عهدت منذ ايام الى هيئة من الاطباء الوطنيين امر ترتيب المنهاج الذى يجب ان يسير عليه التدريس والاطباء الذين يجب عليهم القاء الدروس كل حسب اختصاصه وقدتم ذلك المنهاج واسند التدريس مبدئيا الى ذوات معلومة وقد رأت مصلحة الصحة ان ترسل الى اوربا بعثات علمية بالتدريج لاكمال الاختصاص استعدادا للقيام باعباء التدريس في المستقبل القريب وانتدبت لاول بعثة الدكتور صائب شوكت والدكتور توفيق رشدى واوفدتهما الى لندن فى اول يوم من تشرين الاول سنة ١٩٢٦ للتوسع والاختصاص في شعبات الامراض الجراحية والطبيبان المذكوران من خيرة الاطباء الوطنيين علما وفضلا وذكاء .

فلنا عظيم الثقة بانهما سوف يقوما بمهمتهما خير قيام ويعودان الى بلادهما مزودين بما تحتاج اليه المصلحة التى اوفدتهما من اجلها .

وفاة الدكتور (برى) Pery

رئيس صحة لواء الحلة

حمل الينا البريد الاخير وفاة الدكتور (برى) غرقا في شاطيء من شواطيء انكلترة اثناء السبح وقد سببت وفاته فراغا عظيما بين مرضاه واصدقائه سواء كان فى بلاده او فى القطر العراقي الذي قضي معظم اوقاته فيه

ولد الدكتور ليونال بانكس بري (LionalB anks Pery) فى ٣١ كانون الاول عام ١٨٨٤ وقد اخذ دراسته الاولى في مدرسة (تونبريج) ثم انتقل الى مدرسة الملكة في كامبريج وحصل منها على درجة البكالوريا في العلوم الطبيعية وذلك في عام ١٩٠٦ وفي هذا التاريخ دخل مستشفي توماس وقد حاز على شهادة الطب في عام ١٩٠٩ ومن ثم دخل في خدمات عديدة في مستشفي توماس ومستشفى الملكة للاطفال حتي عام ١٩١٣ ومنذ هذا العام حتى سنة ١٩٢٠ اشتغل مع الدكتور وبلسون نبسون بصفة معاون جراح ثم انتقل الى خدمات الشرق القريب وعاد الى بلاده من سلانيك في عام ١٩١٨ بعد ان اصابته حمى الملاريا . وقد قام بعد ذلك في خدمات الصحة فى العراق من سنة ١٩٢٢ الى ١٩٢٥ بصفة متخصص فى الجراحة . وكان مبدأ خدماته في الموصل ثم فى الحلة حيث اظهر اقتدارا عظيما في الجراحه ونال ثقة الاهلين وشهرة عظيمة بينهم وقد منعته الظروف عن الاستمرار في خدمة العراق فعاد الى انكلترة وقد تزوج هذه السنة في شباط ودخل في احدى

الشركات بالقرب من كامبريج قبل وفاته باسابيع قليلة . وهو بصفته زميلا كان تمثال الوفاء والاخلاص يحترم الواجبات وينظر بعين الانصاف الى حقوق الغير وله اسلوب يسحر الباب عارفيه واضافة الي هذه الخصائل النبيلة فهو ماهر في صنعته ولا فرق عنده اذا كان مريضه غنيا ام فقيرا انكليزيا ام عربيا .

فكانت وفاته فاجعة عظيمة اثرت في قلوب زملائه سواء كان فى بلاده ام في العراق

كتاب فذلكة الطب

اهدى الدكتور سامى بك شوكت الجمعية الطبية البغدادية كتابه الذى الفه حديثا فى (فذلكة الطب) وهو يقع في ٥٣٩ صفحة ويحتوى على مباحث في الطبيعة والفسيولوجيا والتشريح والامراض الانتانية وحفظ الصحة

ويذكر القراء ان الدكتور سامي شوكت قد وضع كتابا آخر قبل هذا وهو فن القباله الذي كان اول مؤلفاته بل واول كتاب طبى صدر في ربوع العراق الفتي . وهذان الكتابان وان كانا لايسدان الفراغ العظيم الموجود في المكتبات العربية من جهة العلوم الطبية فان اصدارهما يعد تقدما لابأس به في تسهيل دراسة المبادئ الطبيه لتلاميذ المدارس ومما يذكر بالثناء الجزيل للمؤلف هو تاليف كتاب للقبالة جمع فيه كل ماتحتاج اليه القابلات من المعلومات الحديثة التى تؤهل القابلة من اتمام وظائفها حسب الطرق الفنية

وقد عرف الدكتور سامي شوكت بعزمه القوي وثباته في العمل وقدرته فى الانشاء وهو يكتب جيدا في اللغة التركية وعلى مانعلم ان له روايات شعرية عديدة كتبها بقلم يسحر الالباب فلما وجد حتى بين الاتراك اخصهم وقوة الانشاء عنده هي التى جعلته يكتب باللغة العربيه بسلامة عبارة وقوة صحيحة فانك عند قراءة كتابه كانك تسمع من فمه تلك الكلمات الموجيزة التى تغنى السامع عن التفصيلات الزائدة التي تضيع الوقت وكان (فذلكة الطب) شاملا لمعلومات عملية مفيدة ابرزها مؤلف الكتاب بجمالها الطبيعي بدون ان يزوقها بثوب من صناعة الانشاء . فقد اعتنى المؤلف باللباب وطرح القشور جانبا وهذا لاينقص شيئا من ثمن الخدمة العظمى التي لاشك انه تكبد من اجلها خسائر كبيرة في راحته وهنائه وقد اخذ المؤلف المصطلحات الطبية من الكتب التركية واستعملها بدون ان يراعي مقابلها فى الكتب العربية الدارجة في هذه الايام ولكن ليس من الانصاف ان نلقى تبعة هذا الامر على عاتق الدكتور لاننا لانملك فى الايام الحاضرة اصطلاحات طبية ثابتة حتى من النادر ان تكون هناك كلمة قد اتفق عليها قطران عربيان فذلك خطأ يجب ان نلوم عليه الامة العربية جميعها .

وقد اكبر ناهمة الدكتور سامي شوكت التي لم تعرف الملل بالرغم عما تحيطها من عوامل اليأس فتأليف الكتاب ليس بالامر الهين الذى يتم بجزاف الكلام . ربما كان هناك من يعتقد فى نفسه الكفاءة الاقدام على مثل هذه المشاريع الحيوية العظيمة والقيام بتدوين الكتب للمكتبة والمدرسة الطبية العراقية او لمدارس الشبيبة ولكن اين العمل . لقد انقضي ما ينوف على الست سنوات على

تجهيز المياه :

جهز لاهالي بغداد تقريبا (٧٠) مليون ولك واحد من المياه في غضون الشهر اي (٩) جالونات لكل شخص يوميا و(٢٨٠) جالون شهريا .

وقد حلل ماء النهر الغير المطهر بالكلورين ووجد جسيمات عضوية في (١٠٠) سنتيمتر مكعب ومجموع الجسيمات التي عثر عليها كانت على وجه المعدل (٢٠٠٥٠٠) في سنتيمتر واحد مكعب الذي يقابل مجموع (٢٠٨٠٠٠) في الشهر المنصرم .

وقد حلل (٤٠) انموذجا من الماء المطهر بالكلورين في خلال الشهر وعثر على جسيمات عضوية في (١٠٠) سنتيمتر مكعب في خمسة انموذجات فقط ولم يعثر على اي جرثومة ما سوي ذلك بتاتا ومجموع الجسيمات التي وجدت في سنتيمتر مكعب واحد لم تتجاوز الا (٤٢) وعدد الجسيمات على وجه المعدل في س م واحد كانت (٢٥) التي تقابل (٢٥) في الشهر المنصرم .

تقرير مستشفى الاعتزال :

الباقون في اول يوم من الشهر	الداخلون في غضون الشهر	المتوفون في غضون الشهر	الباقون في آخر يوم من الشهر
٥٩	٨٣	١١	٥٣

تقارير المستشفيات الخصوصية والاهلية في العاصمة :

اسم المستشفي	المرضي الباقون في اول الشهر	الداخلون في غضون الشهر	المتوفون	الباقون في آخر يوم من الشهر
مستشفي ربة خضوري	-	١٤	-	٨
« مير الياس	٦٤	٦٦	١	٦٤

مستوصف الرسالة الافرنسية عدد المرضى الجدد ١٠٤ عدد المرضى القديمين ٢١٩ وقد عولج في المستوصف المذكور ١٢٥ مريضا مجانا

تقرير صحة الميناء :

لقد اجرى الكشف الصحي خلال الشهر على ١٩ باخرة مع ١٠٠٠ راكب خارجة من ميناء بغداد وعلى ١٨ باخرة مع ٦٩١ راكب واردة الى ميناء بغداد فلم يعثر على اي اصابة من الامراض السارية بين ركاب هذه البواخر .

المحاكمات — لقد حوكم خلال الشهر امام محكمة امانة العاصمة لاجرام صحية مختلفة ٢٠٨ اشخاص وبلغت الغرامات روبية ١٢ — ٣٠٣ —

التقرير الشهري للواء بغداد :

	الولادات	الوفيات	التطعيم	الامراض
الكاظمية	٦٠	٤٣	—	تيفوئيد ١ - الحمى النفاسيه ١ —
الاعظمية	١٦	٢٥	١٩١ اطفلاضدالجدري	طاعون ١ —
بلد	—	—		الحصبة ٦ —
المحموديه				الجذام ١ —
الكرادة	١١	٩		الملاريا ١ —
بني تميم				السل ١ ـ البلهارزيا ١ ـ
اليوسفيه				البلهارزيا ٢١ ـ
الهنيدى				داء الحمرة ١ ـ الجرب ١ ـ

التقرير السنوي لمصلحة الصحة العراقية

صدر التقرير السنوي لمصلحة الصحة العامة يحتوى على فصول على جانب عظيم من الاهمية والفائدة اكتفينا بالتنويه عنه الآن لضيق المقام وسوف نتحف القراء باهم ماجاء فيه في العدد المقبل ٠

المجلة الطبية البغدادية

THE BAGHDAD MEDICAL REVIEW

العدد الرابع — السنة الثانية — كانون الاول سنة ١٩٢٦

المقالات الاساسية

مذاهب العلماء في الحياة والمماة وفي تطورات تلك المذاهب

الدكتور سليمان غزالة

فصل اول

المذاهب القديمة في امر الحياة والمماة

ان الفلسفة منذ اقدم عهدها وبادئة بدئها حتى ايامنا هذه · وقد بلغت اقصى درجة من سلم التكامل ، لم تزل في امر الموت والحياة · مترددة بين نظريات وافتراضات مختلفه تحصرها مذاهب ثلاثة وهي : النفسي · والحيوي والمادي ·

ان الحيويين في مذهبهم قسمان احدهما يدعي مذهبه « الحيوى الموحد » لانه يدعى بوجوب وجود قوة حيوية وحيدة · ثانيهما « الحيوى المتفرق » لانه ينكر تلك القوة الوحيدة · معتقدا بوجود خواص حيوية متعددة ·

واما المذهب « المادى » فهو الطبيعي الكيماوى ويسمى : الفردي ·

فتقسم اذا ائمة علم الحياة ، في مذاهبهم ، الى ثلاثة فرق لا ينكف اصحابها من بذل الجهد والوسع في مزاحمة بعضهم لاثبات حجتهم بشرح حادثات الحياة وظواهرها حسب نظرهم ويجري مذهبهم فيه الخصوصي ·

ان تلك المذاهب يمكنها ان تعتبر باقية منذ القديم على حال واحدة لم تتبدل · ولكنها نظرا الى تقدم العلوم وتكاملها قد تخلقت بالشبوبية · فكل منها قد اتخذ لنفسه صفة « الجديد » فيقال : المذهب النفسي الجديد · والمذهب الحيوي الجديد · والمذهب المادى الجديد · انما ذلك لان المتأخرين حذفوا من المذاهب القديمة الادعاءات الواهية الضعيفة · او انهم هذبوها بنوع ما · وهذا التبدل حصل لا سيما منذ اكثر من نصف عصر

فقد تطور نوع البحث والتعبير عن الافكار فيها، حتى تسميتها نفسها ·

فاهل المذهب النفسي الروحي الحديث · ومنهم : «شوفاز» و «فونابنج» و« رندفلش» لم تعد افكارهم واقوالهم فيه تشابه مشابهة كلية افكار واقوال «ارسطوطاليس ومارتوما وستساهل»

والحيويون الجديد : الخلقيون (الفزيولوجيون) كهندئهم · وكذا الكيماويين مثل «ارماند كوتية» · والنباتيون مثل (رنكه) فكلامهم منذ سنة ١٨٨٠ ا، عاد يشابه كلام من سبقهم في تلك المذاهب والعلوم مثل (باراسلز) في العصر الخامس عشر · و «فان هلمونت» في السابع عشر · و « بارتز » في الثامن عشر و«بيشا» و « كوفيه » في ابتداء العصر التاسع عشر

واصحاب المذهب الآلي الطبيعي نفسهم ، من حزب « داروين » و« هيكل » من علماء الطبيعيات كانوا ام من الخلقيين ، من تلامذة « لافوازيه » فانهم باجمعهم ليسوا فيه بفكر ونظر واحد · كديكارت مثلا · فان اصحاب هذا المذهب الطبيعي صاروا بايامنا هذه يرفضون اضاليل وتفريط اهل المذهب المادي الذي حسب الاولين منهم · يكون جسم الانسان كالة مركبة من : دواليب ولوالب ومسامير واقنية وغرابيل ومناخل ومعاجن الخ وليس حسب الكيماويين يكون الجسم معملا فيه انية للتحليل وانابيق للتقطير ·

لما كانت تلك المذاهب الفلسفية القديمة قد تبدلت في ايامنا هذه ودخلها اصلاحات جوهرية · الجأ اليها بقدم

(١) الفزيزيون

المعارف والعلوم · فهذه صارت دليلا مساعدا على فحص النظريات والمذاهب الجديدة مع تنقيدها انطبيقها على علم الحياة ·

فبناء على ذلك التقدم العمومي وتعميم الفائدة · اننا عزمنا على بيان مبادئ علم الحياة لمعرفة مسراها بتكاملها ومجراها فعلا · وذلك بنوع اجمالي وبغاية من الاختصار

فصل ثان

في المذهب النفسي او الروحي

ان المخلوقات عموما تمتاز حسب المبادئ التعليمية المدرسية الى عوالم ثلاثة : عالم الجماد · وعالم الحيوان وعالم النبات

ان تلك العوالم هي الواطئة اي المدركة بالحواس · فمن فوقها يأتي ايضا العالم الاعلى الاسمى وهو النفسي او عالم الارواح

فبنظر العموم يكون تقسيم انواع المخلوقات امرا واضحا صريحا لا اشكال فيه · اعني ان العالم تحصره دوائر اوعوالم ثلاثة وهي : المادة والحياة والنفس · فما يهمنا الان ، فحص ذلك المعتقد الوهمي العامي

ان الجمهور يتصور المسألة ويحلها بجزم قطعيا مستندا فيه اما على تشابه واما على تخالف الظواهر الطبيعية في تلك العوالم المذكورة تشابها او تخالفا ظاهرا جوهريا · فينتج من ثم اذا : بان الاختلاف بين المذاهب الثلاثة المذكورة، النفسي والحيوي والمادي ليس اختلافا حقيقيا · بل هو اختلاف فقط في النظر الفلسفي فيها لاغير

فموضوع بحثنا الان هو النظر في ماهية الحادثات الحيوية

والنفسية والكيماوية الطبيعية لنعلم هل هي واحدة ام ممتازة جوهريا عن بعضها

***

ان الحيويين يميزون الحياة عن الفكر او النفس الناطقة والنفسيين يرونهما واحدا لا اختلاف بينهما واما المضادون لهم وهم الماديون الاليون المدعوون بالمفردين فهم كالنفسيين ايضا يلبسون في ارائهم بل يزيدونها تلبيسا بمساواتهم بين القوى الطبيعية من حيوانية ونباتية وبين قوى العوالم الكونية امرها مطلقا اعني ان النفس والحياة وقوى الجوامد الطبيعية كلها واحد كفوء بنظرهم

ان تلك المسائل تختص من جهات كثيرة بالنظريات التي يتحراها الفلاسفة · وهم منذ قديم الزمان قد اعتنوا بحلها كذلك ولم يزالوا يحاولونه بانواع وبراهين مختلفة لاسباب ومقاصد ليس من شأننا الدخول بالبحث عنها على ان تلك المسائل من بعض جهاتها تنوط ايضا بالعلم الاستقرائي ويتوقف الحكم فيها على تحري هذا العلم وحرثه وتقدمه ·

فكان « كوفيه » و «بيشا» مثلا يظنان بان القوى الحيوية ليست فقط مختلفة جوهريا عن الكيماوية الطبيعية بل هي مضادة مقاومة لها ابدا · واما الان فقد تبين علميا بان تلك المقاومة او المضادة لا وجود لها ·

ان البحث في تلك المذاهب والحكم فيها يرجع اذا بدرجة ما ، الى العلم الاستقرائي والى الملاحظة والتجربة لنعرف : اما المباينة والابتعاد واما المشابهة والتقرب بين الظواهر النفسية والحيوية والكيماوية الطبيعية · والحالة هذه

ان التجربات العلمية واكتشافاتها قد انارت سبل التقصي والتوغل فاهدتنا ارشد السبل فيها · فقد تبين وجود المشابهة بين تلك الانواع الثلاثة من المظاهر · وكلما زاد التوغل في البحث عنها · زاد وجه الشبه تقربا واتصالا بينها ·

ولا يخفى ان علماء الحياة بناء على نتائج تجاربهم والملاحظات الاستقرائية يقسمون الان الى ثلاثة احزاب · اولهم ، وهو الاعظم الاقوى · الحزب القائل بالمذهب الكيماوي الطبيعي · ثانيهم هو الباقي على اسناد المذهب الحيوي وثالثهم هم النفسيون.

— ١ —

المذهب النفسي او الروحي القديم

ان المذهب النفسي الروحي القديم هو اول فكر خطر للانسان · ولكن هذا الفكر نظرا للانتظام الذي حصل له استقراء ومعقولا فهو ابن يومنا · اي ابن اجيالنا وتاريخنا · ان ذلك التقدم حصل فيه عندما تعين موضوعه ووضعت قواعده على اسس واركان لازوال لها

من اغرب ما تصوره الانسان بدء بادئ عهده · هو الفرق بين جسم حي وميت فالجسم الحي كان يعتبر كبيت مسكون والجسم الميت كبيت خال خاو · وحسب هذا التصور القاصر كان يخال بان ذلك الساكن المستتر في الاحياء هو « النفس » وله صورة الانسان عينه · وهو لا يتراءى الا كخيال يتبع الجسم عند وجوده وصورة في نور ، او كصورة منعكسة في الماء ، او كصداء يعار صوته او انه يرى في المنام ···

وكان يعتقد اكثر الاقدمين بالتناسخ . اعنى ان النفس عند تركها الجسم المائت تذهب وتدخل جسما آخر وتسكنه وان فى بعض الاحيان ، كل شخص عوضا عن روح واحدة يكون فيه جملة من تلك الارواح .

وكان المصريون يخصون خمسة ارواح على الاقل لكل شخص ويعتقدون بان الروح الكبرى الرئيسة بينهن هي التى صورت على شبه الجسم ومثاله وهى المساة : بثاني الشخص وقرينه . وحسبهم ان الروح حيه ابدا لازوال لها . وما بتها هوائية او بخارية وهي تحاسب وتدان من بعد وفاة الجسد .

اما الارواح التى لامسكن لها فهي سيارة تملأ الفضاء وتتناوب الاجسام . وانها بعد ان كانت سبب حياة الاجسام باطنا ومنعشة ومحركة لها صارت تؤثر خارجا فيها فتسبب لها انواعا من الحادثات الغريبة غير المنتظرة

ان تلك الارواح هي التى منها صالحة ومنها شريرة واليها تنسب اما افعال الكرامات الانسان حتي للحيوان والنبات واما الامراض والرزايا والجنون .

وبناء على تلك الوهميات انتقلت الافكار البسيطة بوجه المجانسة الى اطلاق ذلك التصور . لشموله جميع الحيوانات حتى النباتات . اعني انهم توهموا نفوسا لكل حي

ولما كانت تلك النفوس رحالة جوالة متبدلة حسب المذهب التناسخي فمن ثم استطردت استنتاجيا . جميع الاعتقادات الباطلة التى بعد ان جرى عليها بعض الانتظام خلفت الاديان القديمة الوثنية باجمعها

— ب —

النفس الناطقة

وبعكس ذلك القول حكمة . بالمذهب القائل بوجود «النفس الناطقة» المستندة اركانه على شواهد الضمير البشري وحر الاختيار . والفرض . والتكامل . فضلا عن البراهين الطبيعية العقلية . فذلك القول هو الذى انار الانسان سبل الهدى والرشاد وعليه بنيت اركان الدين القويم والتمدن الحقيقى المستقيم . فهو الذى اخرج البشر من دركات الوحشة السافلة ليرقى بها الى درجات السمو فى الانسية والفضائل الخلقية وعزة النفس الشخصية والملية والمحبة الجنسية البشرية مطلقا .

وحاصل الكلام : ان المذهب النفسي الروحي رغما عن مظاهرات ومناقضات ومعارضات اعدائه له فانه لم يزل ولن يزال ابدا ركن الاداب الاخلاقية وملاك التعزية والغبطة الروحية ودعامة الحكمة العقلية

وليس من شأننا البحث فى المذهب النفسى تاريخيا او مذهبيا او تنقيديا لان موضوع تحريرنا ليس النفس الناطقة بل الحياة بحد ذاتها اى الحياة مطلقا بشرية او حيوانية او نباتية .

* * *

— ج —

المذهب النفسى المحدث

ان النفس بنظر الاقدمين هي الروح الناطقة والحياة الحركة المنعشة المولدة النامية لكل حي ، وكان ذلك الاعتقاد عموميا مطلقا مطردا حتى غرر الجيل الثامن عشر . عندما افرط الطبيعيون الاليون واى افراط بنظرياتهم المادية

فقام «ستاهل» وقاومهم بالمذهب النفسي ولكن بعد نظمه هذا المذهب وموافقته حسب الامكان مع درجة المبادى العلمية الطبية وقتئذ ولدي حصره بانسان فقط دون الحيوان

فانه قال : ان النفس هي الناطقة العاقلة وهي التى تخول الحياة للجسد . هى المالكة على المادة الجسدية وبيدها زمام قيادتها وتدبيرها لتتجه بها الى غاية معينة لاتحول عنها فاعضاء الجسم وجوارحه انما هى كآلة بيدها

وفعل الروح يتصل بالجوارح رأسا توا من دون واسطة البتة . فالروح هي العامل في تحرك القلب وخفقانه وفي تقلص العضلات وانحلالها وترشح الغدد بالاخلاط وسيلانها وكذا جريان المادة الحيوية وحركتها باجمعها فهي اذا روح منشئة تبني الجسد في نموه وتصونه وتدبره وتقوده في ارشد السبل عند تكامله

ولا يخفى ما في آراء (ستاهل) فى النفس من التكلف والتعنف فى التوهم والحكم غير المستند الى ادنى حقيقة علمية الامر الذي جعل لكل متوغل منتقد مندوحة لمصادمته ومقاومته باعتراضات قوية عديدة مسندة كلها على براهين عقلية مفحمة .

فقام «شوفار» الطبيب الفرنسوي الشهير سنة ١٨٧٨ واصلح حسب المبادي العلمية الحديثة ايضا نظرية «ستاهل» وارائه تلك لاصالتها وتنزيهها عن التعييب والقدح الذي صادمة بها كثير من المنتقدين .

وكانت عيوب تلك النظرية كثيرة . ومن اعظمها : مخالفتها للنظام الفلسفي ولمباديه الطبيعية ومن ذلك مثلا : ان الذهن لايستطيع ولا يقبل ان يتصور للنفس التى هي روح جوهري فعلا يتصل منها بالجسم رأسا وبلا واسطة . لان بين ماهية النفس ومادة الجسم بون عظيم حسب التعريف الفلسفي نفسه . فاذا : ان تصور معاطاة او اتصال بينهما يكون من المحال . فلا يمكن النظر حتى وهميا كيف ان النفس يمكنها ان تكون عاملا او آلة او داعيا للفعل ؟

***

ان حل تلك المعضلة كان قد اقلق افكار «ليبنز» وازعجها ولم يتوصل ويتوفق اليه . اما «ديكارت» فمن قبله ايضا كان قد حاول حل المسألة ولكن كان ذلك منه بنوع جاف استبدادي كحل عقدة بحد السيف . اعني انه قطع النفس عن الجسد . متخذا الجسم كآلة حقيقية لادخل للنفس فى شيء من افعالها .

فالحادثات الحيوية كانت اذا حسب «ديكارت» كلها صادرة عن المادة الجسمية

وكان «ليبنز» قد فرق ايضا بين النفس والجسد . وانكر وجود ادنى اتصال مستقيم وعلاقة حقيقية بينهما . ولكنه تصور لها فقط علاقة نظرية عقلية سماها : (الائتلاف المقدر) اراد به : ان النفس تأتلف مع الجسد بمقتضي انتظام مقرر مقدر منذ الخلقة . وليس ذلك بتأثير طبيعي متبادل ذى فاعلية بين النفس والجسد . اعنى : ان كل امر يحصل فى النفس كما لو كان لا وجود للجسد . وكل امر يحصل فى الجسد كان لاوجود للنفس .

فلدي التأمل نرى من اول وهلة بان هذا التعليل يفتح بابا واسعا لدخول المذهب النفسي بالمذهب المادي العلمي . لان لا اوهى من وصل النفس بالجسد بسبب سريع العطب

كالايتلاف المقدر المقرر سالفا . فهذا السبب الواهي ما اهون قطعه على الماديين الآيلين لادخال الجسد مجردا تحت حكم القوى الالية والطبيعة .

فالجهة الضعيفة من راي (ستاهل) في المذهب النفسي هي افتراضه تأثير الجسم رأسا بفعل علة روحية ممتازة ومختلفة جوهريا عنه .

اما الطبيب الفيلسوف (شوفار) فانه اراد التخلص من تلك المعثرة . وطبقا للافكار الفزيولوجية الحديثة . وصل ما كان يفصله الفلاسفة (وكذا (ستاهل) نفسه من قبله) وذلك بجمعه بين فاعلية المادة وفاعلية النفس قائلا : (ان الفكر والفعل واجراء الجوارح وظائفها انها كلها ممتزجة مندمجة ومتحدة بنوع لا يقبل الحل والتفريق)

***

ويوجد اعتراض ثان على المذهب الروحي وهو ان النفس تفعل بعلم وتدبر وارادة جازمة . والحالة هذه ان خواصها تلك التي هي جوهرية لها لا يوجد شيء منها في اغلب الظواهر الخلقية التي انما هي بالعكس غير ارادية . اي غريزية وحاصلة من نفسها ولا شعور في الجسد لصدورها .

فنظرا الى معارضة تلك الصفات . اضطر بعض النفسيين الى تصور جوهر حيوي ممتاز عن الفكري . على ان (شوفار) وغيره من الفلاسفة لا يقبلون قطعا بانفصال بين وحدانية الجوهر الحيوي والفكري النفسي . مستاثرين اختصاص النفس بفعلين ممتازين الاول فكري حاصل بعلم وروية ومشيئة . والثاني جار على الظواهر الخلقية الصادرة بتاثيرات غير حسية وبتقديرات غريزية حسب سنن

هذا ملخص ما تصوره الفلاسفة المحدثون واهل عصرنا هذا في امر النفس واشترا كها في الظواهر الحيوية الخلقية .

— د —

تكيف النفس المضاعف

ان صفتي النفس تينك اللتين قال بهما (ستاهل) في مضاعفة كيفية الروح وماهيتها . انما هو رأي تخالفه الافكار ولا يرضى به الجمهور من الذين يرونه ملوثا بالمذهب المادي ومن اجل ذلك انهم دحضوه لاسناد المذهب الحيوى .

ان القول بمضاعفة كيفية النفس مما يوجب حقيقة التقرب من المذهب المادي فانه يقبل اولا بجوهر حيوى وحيد لكل ظواهر المخلوق الحي مما هو سام من قبيل الفكر والارادة والضمير . ومما هو واطئ من الافعال الجسدية . ومن ثم فانه يزيل او يخفف الحاجز الحائل بين نوعي تلك الظواهر للجمع بينها لمماثلتها لجعلها من نوع واحد .

انما ذلك عين ما يفعله اهل المذهب المادي فانهم يقربون ايضا بين الظواهر النفسية والخلقية بحيث انهم لا يعودون يرون لها سوى بعض الاختلاف في الدرجة الحيوية فان الفكر حقيقة ليس سوى اعظم درجة من الهزة الحيوية والحياة الحيوانية ليست سوى اوطى درجة من الحياة الفكرية .

وحقيقة الحال ان مقصد اهل كل من المذهبين يخالف جوهريا الثاني فان اهل المذهب الاول يحاولون ترقية

الافعال الجسمية الى شرفية الافعال العقلية . واصحاب المذهب الثاني يحاولون توطئة العقلية الى الجسدية ولكن وان كانت النية مختلفة تكون النتيجة واحدة لا محالة : لان التوحيد النفسي مشرف ومائل على منحدر التوحيد المادي وهما جميعا على وشك الالتقاء والاجتماع بنقطة واحدة : فلا يبقى حينئذ للنفس التي تكون قد التبست بالحياة سوى خطوة واحدة لكي تتحد وتلتبس بالقوى الطبيعية المادية

والحق اولى ان يقال ان بمقابلة تلك الصلات في التقارب بين المذهبين في امر المادية يوجد فضل عظيم للقول بمضاعفة الكيفية النفسية وهو ابعاد الاعتراض الماخوذ من وجود مخلوقات حيه وحيوانات لا عديد لها مما لا يمكن اسناد نفس عاقلة لها

فاهل المذهب الروحي يقولون فيه هكذا ان الهزة الخلقية عند تلك الحيوانات هي شيء من النفس لا يكاد يعرف اوانه ومبض طفيف من نور المعقول فان للشعور النفسي والضمير والارادة في المذهب النفسي هذا درجات مختلفة التفاضل بين المخلوقات الحية واما بنظر الحيويين فبالعكس ان الحياة هي حياة بنوع ودرجة واحدة لا تخفيف ولا تلطيف فيه

وحاصل الكلام ان تصور وجود الاتصال بين الروح والحياة واثبات حجج التناقص والتزايد الممكن حصوله في درجة المعقول والضمير وعلاوة عليه ومض العلم النفسي هي التي نشلت المذهب النفسي من الغريق التام بطوفان عمومي لم تزل مياهه متزايدة لاسيما في ايامنا هذه ايام التمند والانكار والتفاضل في التغلب والتجبر وتقلب الافكار

حفظ الصحة

والازياء

الدكتور : نظام الدين

منذ نصف عصر تقريبا ، ونحن الاطباء والصحيون تتناقش مع محدثي الازياء (موضة اللباس) والغاية والامال التي تومي اليها هي رفع الاضرار اللاحقة بصحة البشر من جراء الازياء وصيانة الفتيات والامهات اللاتي هن موكلات بتكثير النسل البشري وادامته من الامراض الناشئة من بعض هذه الازياء .

والازياء التي جعلناها عنوانا لمقالنا هذا هي اشكال وانواع ملابس النساء المزوقة المزينة ، فرأينا ان اشكال الازياء هذه تحدث وتتعمم بتأثير عاملين اثنين الاول هو قرائح محدثات الازياء الوقادة المائلة الى الزينة العامل الثاني هو تقليد هاويات (الموضة) لاولئك المحدثات في اللباس وقبول ما يحدثنه من الازياء حالا . وهذا القبول هو بالطبع انهماك والباعث للانهماك هو الميل للتقليد

ان مخترعي الازياء يفكرون بكل جهدهم في المبتدعات التي تحسن وتلذ للانظار فمن ذلك مثلا انهم قد احدثوا المشد (الكورسية) منذ زمن بعيد وذلك لجعل البدن ذا قامة ممشوقة لطيفة

وفي الواقع كانت الفتيات والامهات اللواتي يستعملن المشد يبرزن للانظار بقامة متناسبة وشكل منتظم : تطول

قاماتهن قليلا وتضمر خصورهن ويتخلصن من ارتخاء البطن الذى يخل بلطافة القامة وكان هذا التناسب الذي يحصل من استعمال المشد يعد موفقية عند اصحاب « الموضة »

اما الصحيون فقد وقفوا تجاه ذلك واظهروا مبارزات حيوية ضد المشد المتلف للصحه واسموا المشدات بكلمه (اطواق الحياة) وقدجاهدوا سنين عديدة فى جميع جهات الدنيا وسعوا لرفع هذه الاطواق المضرة بالصحه واخيرا تمكنوا من حمل الفتيات والامهات عَلَى ترك هذا القيد المهلك ·

وقد كنت في فرنسا قبل عشرين سنه عندما كانت هذه المبارزات مشتعله بين الفريقين وفى احد الايام القي المعلم هايم احد الاساتذة الماهرين لمستشفى (سنت انطوان) محاضرة في دار الفنون تتعلق بالمشدات

ارتقي الاستاذ المحترم كرسي الخطابه بين الهتاف والتصفيق وبدأ كلامه بقوله (ان المشدات نظرا لاشكالها الخارجيه والاهميه التشريحيه للمواقع التي تنطبق عليها ، والتغيرات والتبدلات المهمه التي تحدثها في الاعضاء الداخليه هى اطواق تزعج الحياه اولا ، ولا تلبث ان تضربها ثانيا ، ثم تفنيها اخيرا ·

(ان المشد يضغط على جميع احشاء الصدر والبطن في الساحه التي يوضع عليها ويضيق عَلَى الرئتين من الاسفل الى الاعَلَى اى من القاعدة الى الذروه ويكون مانعا للحركات الفسيولوجيه للرئتين وبالنتيجه يكون مانعا للاستدماء اى تنقيه الدم ومن هنا تختل التغذيه العموميه للبدن جميعا فيلحق به الفقر الدموي ويتأثر القلب بهذا التضييق وينال حصته منه فيعجز عن اجراء حركاته الطبيعيه بحريه وسهولة فتقع دوره الدم العموميه في العطالة وهذه العطالة توقع من المضرات ماهي اهم واشد تأثيرا فى تخريب الصحه

اما اعضاء البطن التى تدخل تحت هذا الطوق فهي المعدة والكبد والامعاء والاعضاء التناسلية

تضعف المعدة فلا تقوي على اجراء افعالها واما الكبد فله موقع مهم بين الاعضاء الداخلية اذهو موكل بوظائف ذات شأن متعددة وبتأثير المشد تختل هذه الاعمال والوظائف ومن ذلك تحدث ثلمات عميقه وامراض فى غايه الاهميه

وتبدل الموضع العضوي الذي تصاب به الامعاء الغليظه والدقيقه بسبب الضغط عليها من الاعَلَى الى الاسفل يؤدي الى عطالتها فى اجراء وظائفها وخلاصه القول من الواجب اصلاح شكل المشد الحاضر بدون تمهل

ثم استأنف الاستاذ كلامه لاكمال خطابه العلمي الثمين فقال

يمكن ان يكون للمشدات فائدة من حيث صحه البدن وسلامته من وجهين الاولى هو ان عظم الثديين اكثر من الحد اللازم يخل بلطافه البدن ويكسب مجموعه شكلا غير حسن فتختل وظائف الثديين فلا يمكنهما اجراء الاعمال اللازمه عند ارضاع الطفل والوجه الثاني هو ان التقدم فى السن عند الامهات وتكرر الحمل والولادة بسبب ارتخاء الاعضاء التى في البطن ونزولها الى الاسفل وذلك

يكون اخيرا مانعا للحمل مورثا للصعوبة فى وضع الحمل ·

« ولذلك يجب ان يكون المشد الصحي مؤلفا من قطعتين الاولي ترفع الثديين بصورة معتدلة من الاسفل الى الاعَلَى ولذلك ينبغي ان تستوعب الثديين بشكل شبكة نوعا ما · فتعلق عَلَى الكتف كما تعلق رافعة البنطلون (آصقي) للرجال · والقطعة الثانية يجب ان تكون بشكل يؤثر كالسد في رفع اعضاء البطن من الاسفل الى الاعَلَى ويمسكها في محلها ويمنع ارتخاءها وسقوطها الى الاسفل وهذا الشكل انما هو عباره عن منطقة البطن *Ceintur De Vantre* وبدلا عن الاطواق الحديدية التي تستعمل فى المشدات يجب ان تستعمل في هاتين القطعتين قطعات من البالينا » من المحتمل ان خطابة الاستاذ قد حازت القبول فى جميع اطراف الدنيا · ولذلك نقد نبذت « اطواق الحياة » القديمة وحل محلها مشدات خالية من المحاذير الصحية·

لم يكن قصدي من عرض ما تقدم الا ان اذكر عَلَى سبيل المثال الموفقية السابقة التى حصل عليها الاطباء والصحيون فى هذا الباب ·

اما غايتي الحيوية من هذا المقال فهى ان اعالج مسئلة صحيه اهم من هذه لتدقيقها ونقدها · وقد سميت هذه المسئلة « مكشوفية الصدر » ·

ان مكشوفية الصدر هي اقدم هبة تاريخية ظهرت بين الجمعيات النسوية المتمدنة · ويسمونها بالاسم الظريف « ديكولته *Décolte* » وفي الواقع ان هذا الشكل من اللباس يظهر للنظر جميلا ويزيد قامات بنات حواء جمالا واعتدالا · الا ان هذا الشكل كان قبل اليوم غير متعمم وكان استعماله فى بعض الايام والاماكن وكان استعماله مرعيا عند البنات والامهات اللواتي يحضرن الليالي الساهرة وحفلات الرقص والاجتماعات المدنية الاخرى واكن محال الانس والطرب والظرف الادبي الذى من هذا القبيل كانت تطبق بها بعض القواعد الصحية من قبل اصحابها · وكان هؤلاء يعتنون بتدفئتها في موسم الشتاء وتبريدها في الصيف ويهيئون جميع اسباب الراحة المختلفة للمدعوين والوسائل الصحية التي تضمن وقاية صحتهم من ان يطرأ عليها خلل · ولا يزالون كذلك

وبناء على هذا فلم تكن لكشف الصدر وان تكن محاذير ومضرات كثيرة ما دام هذا الزى يستعمل فى محال الطرب المصانة من شدائد الاقليم والموسم والمجهزة باسباب الراحة والوسائل الصحية والمقيدة خاصة بالآداب الاجتماعية الثمينة ، وان قلة المحاذير الناتجة من كشف الصدر لتأكد لدينا عندما نفكر في ان طبقات الناس العالية العارفة باداب المسامرة منهمكون بالاعتناء والتقيد بحفظ صحة الابكار والامهات ·

فلو كان الامر كما ذكرت لهان واكن منذ بضع سنين اخذت (مكشوفية الصدر) شكلا اخر ودخلت فى طور جديد ·

في الدورة القيمة لحياتي الطبية فى بغداد خلال ثلاثين سنة كنت اصادف هذا الزى من اللباس « اى الديكولته » فقط فى الليالي الساهرة التي تحييها الطبقات العالية وكنت اشاهد فى مصادفاتي هذه ان اصحابها كانوا يتخذون جميع التدابير الواقيه للصحة ·

ولكن « مكشوفة الصدر » قد خرجت الان عن دائرتها المحدودة وتعممت ولم يقتصر استعمالها على الاسمار الليلية بل لقد انتشرت حتى اصبح المستعملات لهذا الزى لا يهتممن بالشدائد المضرة للاقليم والموسم ولا يعتبرن بنصائح الاطباء وينبذنها وراء ظهورهن وبما طرق مسمعي انهن لا يعرن اهمية حتى لاقوال مهرة الروحانيين الذين يسعون لتهذيب الاخلاق وتنقية الارواح من الادران وهن يعتقدن ان هذا الزي مباح في كل موسم وحتى في كل يوم ·

ولذلك فانا مضطر لان اوجه سهام انتقاداتي نحو هذا الاهمال وساعي لايقاظ بنات الشباب وخير الامهات اللواتي احبهن وابتهج وانباهي بتقديم الخدمات لهن ، وسادعوهن الى الاخذ بالحقائق جهد طاقتي ·

ايتها الاوانس والسيدات الصدر المكشوف من حيث التشريح الناحيوى :

لننظر اولا الى يحتوى الصدر من الامام على جهتي العنق وعلى حفرتين فوق عظام الترقوة ، وعلى النصف الاعلى تقريبا لعظم القص الذي في الوسط وعلى الجهتين الكائنتين على جانبي القص المتدتين من الترقوة الى اسفل حتى الضلع الثالث وفيها المسافتين بين الضلعيتين الاولى والثانية وعلى قسم صغير من تحت الابط

واما في الخلف فتوجد فوق الشوكين الكتفيين الحفرتان الكتفيتان الموصلتان الى العمود الشوكي والمسافة المربعة المستطيلة الواقعة بين الحافتين الباطنتين لعظمى الكتف ونتوءات الفقرات الظهرية الاربع وهذه المسافة تمتد الى نحو اربعة سنتيمترات اعتبارا من الحافات الموازية لاشواك الكتفين في الجهة الانسيه

وهذه هي المنظرة الخارجية للتخطيط التشريحي الذي رسمناه للصدر المكشوف والان فلنعطف انظارنا الى ما يحتويه هذا من الاعضاء المهمة · هناك يوجد عقد لنفاوية سطحية وداخلية لا تعدولا تحصى تحت الجلد والانسجة الحجروية وفي جهتي العنق وفيما بين العضلات · وكذلك يوجد في كل من الحفرات التي فوق عظام الترقوة طاق يتجاوز ويرتفع على حافات الترقوتين العلوية نحو ثلاث سنتيمترات · ونحن نسمي هذا الطاق «الطاق البلورائي» « *DomPleural* » ·

وبصرف النظر عن الجلد والنسيج الحجروى الذي تحت هذا الجلد فان الطاق يتألف من غشاء مصلي رقيق يفرش باطن الصدر وسطح الرئة وهو البلورا ومن ذروات الرئة ·

في الامام يحد عظم القص مسافة من خلفه وفي داخل الصدر وهذه المسافة هي المنصف القدامي وفي داخله توجد الرئتين واوعية واعصاب مهمة ومجار للهواء · ولكن يوجد في المنصف القدامي وعلى اطراف السرة الرئوية — عقدات لنفائية متعددة · وهذه العقدات هي مخزن ومصدر ميكروبات عده من الامراض الخطرة وخاصة مكروبات التدرن ·

ولننظر الان الى محتويات المناطق المكشوفة في الخلف :

ان الحفرات فوق الشوكية التي على اشواك عظام

الكتفين تقع قريبة من فصوص الرئتين العليا · وان اكثر ما ينتكس ويستيقظ الورم من جديد في الشبان والكهول هو في هذه الفصوص العليا وخاصة في الفص الاعلى للرئة اليمني ·

ان علماء الامراض الداخلية يطلقون اسم المنطقة المدهشة « *Zon alarment* » على المنطقة الواقعة في القسم الاعلى للمسافة المربعة المستطيلة التي بيناحدودها سابقا والتي « اي المنطقة » هي قسم من الحفرة الشوكية القريبة من العمود الشوكي · وان الورم في الشباب والكهول اكثر ما يستيقظ من جديد قريبا من الذروات هو في هذه المناطق · وان اوثق الادلة على الورم المتنكس تستخرج من هذا المكان · وان المسافة المستطيلة التي تنحصر بين الحافة الباطنية لعظم الكتف ونتوءات العمود الشوكي تقع عند المنصف الخلفي الكائن في داخل الصدر ·

وهذا المنصف اهم من المنصف القدامي · لان في هذا المنصف الخلفي يوجد كثير من العقدات اللنفاوية · وان المنصف الخلفي منطقة تشريحية في غاية الاهمية وذلك بالنظر الى عقداته اللنفاوية ·

واني هنا قد بينا اجمالا المناظر الخارجية للمناطق التي رسمنا تخطيطها والاعضاء المهمة التي في داخل الصدر المكشوف ·

والان فنبحث عن الامراض التي تتعرض لها هذه المناطق : ان العقدات اللنفائية التي في العنق مستعدة في زمن الشبوبة حتى السنة العاشرة والخامسة عشرة من العمر الى الاصابة بكل نوع من الامراض الحادة والعفنة وان مرض داء الخنازير المخوف والذي يعد مقدمة للدق يبتدئ من زمن الطفولة والشبوبة من هذه العقدة · ومن هنا ينتقل الى البلورا والرئة ·

في السنة الثانية من حياة الطفل التي تسمى الطفولة الثانية ، تستولي مكروبات الورم على العقد اللنفاوية في داخل الصدر وفي المنصفين الامامي والخلفي وخاصة العقد اللنفائية الموجودة في المنصف الخلفي ·

تدخل ميكروبات الورم الى رئة الطفل الرضيع بطريق الاستنشاق فتحدث قرحة التلقيح ، ومن هذه القرحات تستولي الميكروبات على الاوعية اللنفائية وان كانت من النادر ان تبقي مسالة الطفل المسكين زمنا ما · ومن هناك تنتقل الى منصفي الصدر فتنفذ في العقد اللنفائية الموجودة في المنصف الامامي والخلفي وفي سرات الرئتين فتتمكن فيها متخذة كل واحدة منها مخزنا لها ·

لقد اثبت واتيت على ذكر جريان وسريان ميكروبات الورم بهذه الكيفية في مقالة ادرجت في المجلة الطبية اخيرا ·

ان ميكروبات الورم المتجمعة والمتمكنة في العقد اللنفائية للصدر تبرز من مكامنها في بعض الاحيان والاحوال فتتجاوزها بغتة الى انسجة الرئتين او الى سائر اعضاء البدن وتنفذ خاصة في الدم · فتعمل على احداث اعراض وظواهر الدق باشكالها المتنوعة ولكن الطبيعة تحبس هذه العوامل اللئيمة (الميكروبات) في داخل العقد اللنفاوية فتحدث لها اكياس من الحائط الخارجية للعقدات · فتضبطها هناك فيكون البدن في مأمن من شرورها واضرارها

ان هذا الحبس يبتديء من السنه الثانيه للحياة ويمتد الى حد البلوغ وقد يدوم فى البنات الي حد الكهولة « اي الامومه » . وهذه الحمايه والصيانه هما من افعال الطبيعه المنتخبه « السارة » فيجب معرفه هذه الحمايه القيمه جيدا وتقديرها حق قدرها . والا فاذا توفرت الاسباب المهيئه والموجبه التي سنذكرها فيما يأتي فتمكنت بواسطتها الميكروبات المشئومه من الافلات والانطلاق من محابسها « العقدات اللنفائيه » فيصعب اذ ذاك ايقافها ومكافحتها فتسعى للانتقال والامتداد فضلا عن الرئتين الي جميع انحاء العضويه وتجاهد لتخريب العضويه وافنائها . فهنالك يكون الامر خارجا عن الطوق . فلا يمكن اذذاك الاستفادة من مساعى حفظ الصحه وتدابيرها استفادة مذكورة تجاه هذا الاستيلاء .

والان فلنبحث الاسباب الباعثه لاستيقاظ ميكروبات الورم المحبوسه والمضبوطه في العقدات اللنفائيه في مناطق الصدر من جديد .

تستيقظ الميكروبات الراقدة فى العقد اللنفائية من جديد في الطفولة الثانية بسبب الحصبة والسعال الديكي وفي الشباب بسبب الحمي التيفوئيدية والنزلة الوافدة المصحوبة بذات الرئة والتهاب القصبات وفي الكهولة بسبب النزلة الوافدة وبعض الامراض العفنة والحمل والحمل المتكرر والارضاع المتكرر والمتمادى لمدة طويلة .

واما التعب فهناك اسباب كثيرة تدخل تحته : منها التعب الجسماني وانواع الرقص والالعاب الرياضية والتعب المعنوي والانفعالات وسوء التغذية والافراط فى استعمال المشروبات الكحولية وكل هذه اسباب محرشة وموقظة للورم .

اما انواع الرقص والادمان عَلَى شرب الكحول ففي النية نشر مقالات عنها عَلَى حدة .

ومن رأينا ان السبب الرئيسي والمهم من بين هذه الاسباب هو مكشوفية الصدر .

ارجوكم ان تتأملوا ١٠٠ الموسم بارد قليلا ودرجة الحرارة فى الخارج ١٠ او ١٥ بل اقل من ١٠ والنسيم الغربي العليل يهب مؤثرا : والهواء ممطر ورطب . ففى مثل هذا اليوم تبرز لانظاركم اولئك النساء مكشوفات الصدور يتبخترن في سيرهن . وحينئذ يلامس تلك الاماكن المكشوفة من الصدر ، ذلك الهواء البارد الرطب الى درجة ما بالنظر الى حالة اقليمنا . فيقلل قطر كل من الاوعية الشعرية التي فى الجلد والانسجة التى تحت الجلد . فيدفع الدم الذى فيها الى الداخل . وبواسطة تلاصق الاوعية يهجم الدم المذكور الى داخل الصدر . فيملأ العقدات اللنفائية بالدم . ويسبب احتقانه فيها . فينبه ميكروبات الورم الراقدة فى تلك العقدات . وتتغذى هذه الميكروبات وتعتاش بالدم الوارد اليها من جديد : فتتكاثر وتزداد سموبها . ومن ثم تتجاوز الجدر المحافظة للاماكن المحبوسة فيها وتخرج من اكياس العقدات . فتنتقل الى كل مكان من البدن .

ان اللواتى يكشفن صدورهن ظنا منهن انهن يتبعن بذلك قواعد الازياء والموضة انما يفتحن صدورهن لعدة امراض خطرة واشد خطرا من هذه الامراض هو الورم . وبعد ذلك تأتى النزلات الوافدة وامراض ذات الرئة والتهابات قصبات الرئة والتهابات البلورا وهذه الامراض داخلة فى عداد امراض مكشوفية الصدر .

اذا كان استاذنا المحترم (البروفوسور هايم) قد ندد في حينه بالشدات القديمة وسعى بكل جهده لارشاد الناس الى تبديلها واصلاحها ووصل الى الموفقية في اجتهاده هذا فنحن بالانتقادات التلميذية التي نأتي عَلَى ذكرها فى مقالتنا هذه الحقيرة سندعو فتيات وامهات عاصمتنا الى تطبيق بعض المداراة الصحية في هذا الباب والتي هي مرعية وسهلة الاجراء .

التدابير الواقية

كما بينت فيما تقدم يجب تحديد مكشوفية الصدر (دبكولته) وحصرها عَلَى مساكن الطبقات العالية المجهزة بالتدابير الصحية الواقية التي بينتها في هذه المقالة ، وعلى حفلات الرقص والليالي الساهرة والاجتماعات الاخرى التى يقوم بترتيبها اصحاب هذه المساكن . لاننكر ان الاجتماعات التى من هذا القبيل هي من الاحتياجات المؤنسة والمبهجة للحياة المدنية . ولكننا لانجوز ان يكون هذا الزي التبرجي الخاص ، شاملا لكل يوم وكل مكان ولا ان يعد مباحا في كل موسم . لاننا تدبينا الاخطار والمحاذير الناتجة عنه . ولذلك فالصدر الذى يفتح فى اثناء تلك الاجتماعات يجب ان يستر ويغطى عَلَى كل حال عند السير والتعرض للهواء الطلق فى كل موسم وخاصة فى الايام الباردة والمرطبة . وفضلا عن ذلك يجب ستر جلد الصدر في الشتاء بثياب الفلانلا المصنوعة من الصوف الخالص وبالصدرية المسماة « بلاستروز » ويجب في موسم الشتاء محافظة الصدر من الامام والخلف بالفرو القصير وبالشال والاقمشة الصوفية .

وبهذه الاحتياطات يمكن للمرأة ان تسير في الهواء المكشوف . ويمكنها خلع هذه الالبسة عن الصدر في البيت الذى ذهبت لزيارته اوفى بيتها بصورة موقتة . ومع ذلك فيجب عدم الاستعجال في خلعها اذا كانت المرأة قد عرقت .

وهنا اكرر قولي فى لزوم التوقي من تعرية الصدر فى خارج محلات ومواقع الاجتماعات المدنية المحاطة والمجهزة بوسائل المداراة الصحية ولا سيما اذا كان الموسم باردا .

طريقة جديدة في تشخيص امراض الجملة العصبية المركزية

الدكتور شكري محمد سكبان

قد وصف الدكتور (ريزه) اخيرا طريقة جديدة لتعيين نوع ومحل الآفات الدماغية والشوكية . اريد ان اعرض فيما يلى هذه الطريقة الخالية عن الخطر والتي يتمكن اي طبيب من عملها عند الحاجة .

هذه الطريقة هي حقن الهواء في داخل القناة الشوكية *La Pneumorachie* وتستخلص فى زرق مقدار من الهواء (٥ سنتيمترات مكعبة) فى المسافات تحت العنكبوتية من بين فقرات الناحية القطنية الظهرية بواسطة ابره طويلة كالتي نستعملها في عمل البزل القطنى .

وطريقة التشخيص هذه تنفع خاصة في تفريق وتعيين الافات التي تضغط عَلَى النخاع الشوكى واليك بيان ذلك :

اذا زرق شيء قليل من الهواء او الغاز في القناه الفقرية وكان الجسم فى الحالة الطبيعية اوكان الشخص مصابا بآفة

دماغية الا انها لم تستوجب انسداد ثقبة لو شكا Trou De Luschka فان ذلك الهواء يصل حالا الى البطينات المخية ويولد الصداع الوقتي الخالي عن المحاذير يزول حالا بعد تعطيل الزرق واذا حصل الصداع يكون قد حصل المطلوب فلا حاجة اذاً للاستمرار في زرق الهواء ·

والهواء الذي يدخل الى المسافات تحت العنكبوتية يتلاشى تماما في بضع ساعات ولا يوجد ضرر ولا محذور في اجراء طريقة التشخيص هذه التي لا تنتج اي عارضة كانت واحد الاسباب التي تفضل استعمال هذه الطريقة هو امكان تشخيص المرض في سرير المريض والاستغناء بها عن معاينات الرونتكن التي لا يمكن استخدامها بسهولة وفي اي وقت كان فبهذه الواسطة التشخيصية نستطيع الوقوف عَلَى وجود اشتراك واتصال بين طبقات النخاع الشوكي المختلفة · فلو كان في المسافات تحت العنكبوتية مانع لما اقتحم الهواء تلك المانعة ووصل الى البطين المخي واحدث الصداع ·

وبعبارة اخرى اذا كانت هناك آفة التهابية تسبب التصاق الغشاء العنكبوتي بعضه ببعض او اورام في النخاع الشوكي في اي ارتفاع منه توجب انسداد اقنية الفقرية فان هذه الآفة او تلك الاورام ستكون حائلة دون نفوذ الهواء ومروره الى فوق · وبناء على هذا فاذا حقنا الهواء في دماغ شخص مصاب بآفة كالسل الظهري تابس) او الالتهاب النخاعي الشوكي الافرنجي او التصلب الارحي (Sclerose En Plaque) او الالتهابات الشوكية الحادة فان هذا الشخص سيحس بوجع وصداع في رأسه من جراء ذلك الحقن ·

اما اذا كان الشخص مصابا بآفة (Pachy Méningit) تسبب تلاصق الاغشية العنكبوتية بعضها ببعض او باورام نخاعية فان الهواء الذي يحقن في نخاعه لا يمكنه المرور من هذه الحوائل ولذلك فلا يحس المريض بوجع في رأسه · نرى ان طريقة التشخيص هذه مهمة جدا من حيث التشخيص التفريقي · وهناك امر آخر يزيد في اهميتها وهو انه يشاهد في بعض الاحيان عند حقن الهواء في نخاع شخص مصاب بمثل هذه الافات الاخيرة ، ان الهواء المحقون عند وصوله الى تلك الافات التي تمنع صعوده الى جرف الدماغ يضغط عَلَى تلك الموانع المرضية فيسبب للمريض الماً شديداً في ذلك المكان · وهذا الالم الشديد والموقت لا يحدث اي محذور بل يزول سريعا · وهو من الجهة الاخرى يفيد ويساعد في حسن جريان المداواة المؤخرة بسبب دلالته عَلَى محل المرض وتعيينه النقطة المؤوفة ·

فاذا لم يكن الانسداد تاما فان الهواء المحقون سيصل الى البطين الدماغي تدريجيا ولذلك فان المريض سيحس بعد حين (ساعة او ساعتين) بصداع مميز في رأسه ·

الدكتور ه · الوترى

المقتبسات

اخبار طبية

الم قلبي في الفقر الدموي الخبيث

Cardiac Pain in pernisious Anemia

ان مذكرة الدكتور كاري كومبس (Carcy Coombs) حول الالم القلبي في الفقر الدموي الخبيث في المجلة الطبية البريطانية — قد ذكرتني بحادثة من حادثات الفقر الدموي قد تغلب فيها وجع القلب وضيق النفس عَلَى اعراض الفقر الدموي الى حين من الزمن وهذه هي الحادثة :

رجل له من العمر ٤٨ سنة جاء يستشيرني في وجع

يشعر به فوق قلبه كلما انتهى من اشغاله اليومية · وكان الالم يخف عندما يستريح بعد طعام المساء ولم يشك من عرض عدا ذلك سوى ضيق قليل في التنفس عند الجهد وكانت تلوح عَلَى الرجل علائم الصحة وقد قاسى الامه ما يقارب السنتين قبل استشارته في مرضه وعند التسمع عَلَى القلب لم يظهر فيه شيء ما عدا ضخامة قليلة وقد تقدمت صحته بعد معالجة دامت شهرا واحدا ولم اره بعد ذلك مدة ثلاثة اشهر ولما عاد الي وجدت ان المه قد عاد اليه واضحى لونه اكثر شحوبا مما كان في زيارته الاولى وعند البحث في بدنه لم اعثر على علامة واضحة في قلبه غير ان قدمه كانت منتفخة قليلا حول الرسغ فخطر لي انئذ ان احصي الكريات الحمراء في دمه فوجدت مقدارها احط من ثلاثة ملايين ونصف وكانت ظواهر الدم تدل عَلَى وجود الفقر الدموي الخبيث والضغط الدموي كان عاديا بالنظر الى عمره · فباشرت منذ ذاك الحين في معالجته واستمررت عَلَى هذه المعالجة مدة اربع سنوات ولم يسلم في هذه المدة من حملات عنيفة من الالام القلبية كان البعض منها يشبه نوبات الخناق الصدري ·

ان هذه الحادثة تشبه بعض الشبه ما ذكره الدكتور كاري كومبس في مقالته ولكن التصلب القلبي كان في هذه الحادثة اقل وضوحا وغرضي في تدوين هذه الحادثة هو ان اعرض ان وضوح الاعراض القلبية يستر حقيقة المرض في سلسلة من امثال هذه الحادثات

T. Stenner Evans
M.B.B.S.Lond

موت فجائي منبعث عن التهاب حاد نزيفي في البنكرياس

Tudden Death Due To Acute Haemorrhagic pancrecatitis

ان رجلا له من العمر ٢٩ سنة قد مات فجأة بالتهاب حاد نزيفي في البنكرياس وهي حادثة غريبة في بابها وهي جديرة بالذكر لما في ذلك من الفوائد وهي :

ان المريض كان متمتعا بصحته المعتادة حتى يوم مماته وقد شكا من سعال خفيف لم يمنعه من الاستمرار في لعب كرة القدم في قسم كبير من بعد الظهر ثم سقط مغميا عليه فجأة واخذ يشكو من الم شديد في معدته بدون قيء او تزرق وقد افاق قليلا والقى نفسه في عربة ولكنه فارق الحياة فجأة بعد دقائق قليلة

وعند بحث الجثة بالتشريح وجدت البنكرياس مرتشحة بدم كثيف في جميع اقسامها ولم يكن هناك سائل سائب في البريطون ولم يتضح وجود نكروز شحمي وكانت الحوصلة المرارية والمسالك الصفراوية في حالة عادية فلم يكن هناك لا حصاة ولا التهاب وكان الطرف السفلي للمعي الفائفي (Ileum) ملتهبا في حين ان الاعور والزائدة الدودية كانا بمعزل عن الاذى والكلي والدماغ والاعضاء الاخرى فكانوا في حالة الصحة ·

يظهر ان هذه الحادثة هي احدى الحادثات التي جمعها مايو روبسون « Mayo-Robson » في طائفة واحدة اطلق عليها اسم السكتة البنكرياسية « pancreatic apoplexy » وتتصف باوصاف مميزة لها وهي انها تبتدأ بوطأة شديدة وفجائية وتكون مصحوبة بالغشي وتنتهي بالموت السريع · وقد اتضح من مساعي ديور Dearer واشورست aphurst ان عدوى النتانة تتصل بالبنكرياس بطريق الاوعية اللمفاوية فبالنظر الى هذه الاعتبارات يصح تعليل هذا الالتهاب المميت في البنكرياس بالالتهاب الذي حدث في النهاية السفلي للمعي الدقيق ·

A. C. Maconie, M.B., Lond., F.R.C.S Eng.

مخدر موضعي لاجل الاذن

a Local Anasthetic for the Ear

قد اهتديت بعد تجارب اجريتها عدة سنين الى تجهيز مزيج بخدر موضعيا وهو يقوم بخدمات حقيقية لمتخصصي الاذن و يتكون هذا المزيج من مقادير متساوية من الكوكائين والمانتول وحامض الفنيك المتبلور والكحول النقي وزيت القرنفل ولا استطيع ان ادعي السبق في هذا الاكتشاف لانني قرات قبل سنة او اكثر نظير هذا الترتيب او ما يشابهه كل المشابهة في المجلات الطبية افرنسية كانت او اميركية.

وطريقة التخدير بهذا المزيج هي ان تؤخذ قطعة من القطن وتبل به ثم توضع في داخل الاذن بجوار الطبل مدة عشر دقائق فاذا انتهت هذه المدة اصبح التخدير كافيا بالمطلوب وقد عملت بهذا التخدير عمليات تفجير الطبل عدة مرات في حالات حادة ومضطربة نجحت كلها بدون الم وكان التخدير كاملا وقد قطعت مرارا غشاء الطبل من خلف المطرقة لاجل استنزاف السوائل من الاذن الوسطي وقد رفعت حديثا غشاء الطبل برمته وكان متلصقا بالحدبية العظمية البارزة في الجدار الباطني الاذن الوسطي وكانت هذه العملية في امراة عصبية المزاج ومع ذلك لم تشعر باي الم كان . الا ان هذا المحلول المخدر له محذور واحد وهو اذا لامس جدر الفتحة السمعية الظاهرة يولد في الاذن الظاهرة التهابا . وقد سعيت لازالة هذا المحذور بحذف زيت القرنفل من المحلول ولكن اتضح لي ان المحلول يصبح عديم الجدوى عند حذف هذا العنصر واستطيع ان اعلل شدة تاثير هذا المخدر بان زيت القرنفل ينفذ من غشاء الطبل و بهذه الوسيلة يتصل باعماق الاذن و بهذه الوسيلة يتصل باعماق الاذن الوسطي فيخدرها

F. Feare strum. M. Ch

الادرينالين في وقوف القلب

adrenaline in cardiac arrest

عندما قرأت في المجلة الطبية البريطانية عدد ٣٨ اب صحيفة ٣٨٨ حادثة الدكتور ليفينكستون *Livings ton* التي ذكر فيها انه اعاد الى الحياة طفلا قد مات في الظاهر بنتيجة (البنج) — فقد جربت انا ايضا نفس العلاج في اربعة اطفال ولدوا مائتين في الظاهر ولم تفلح في اعادة الحياة اليهم جميع الوسائل التي اعتدنا على اتخاذها . وقد نجح العلاج في ثلاثة اطفال حيث عادت اليهم الحياة بعد استعمال العلاج حالا . واما الطفل الرابع فلم تفلح فيه هذه الواسطة

Mary. G. Cardwell. M. D.

ملخص ما نشر في المجلات الطبية من الابحاث الجديده

الامراض الداخلية

١٠ اختناق مضيق الابهر

Stsnosis of the Aortic Isthmue

يقول الدكتور كينغ (*G. K. King*) في مقال له بهذا العنوان ان الافات القلبية الوعائية الولادية كثيرة ولها علامات مرتبكة تجعل الباحث يذهب في تشخيصها مذاهب عديدة الا ان الامر ليس كذلك في حالة الاختناق الولادي لمضيق الابهر فان تشخيص هذا المرض على جانب عظيم من السهولة وقد ذكر الدكتور اربع حادثات من

هذا المرض قد اهتدي الى اكتشافها اثناء الحياة فكان اختناق الابهر خفيفا في اثنين منها وشديدا في الاثنين الاخرين بحيث كان الاختناق بالغا الى درجة انسداد الوعاء عند مدخل القناة ٢ « الشرياني وقد دلت سجلات فتح الاموات على ان تشخيص المرض لم يتم عادة الا بعد موت المريض والمرض ينتاب الرجال اكثر من النساء وقد شوهد في اي عمر كان بعد الولادة وهو لا يمنع المصاب عن القيام باي جهد بدني والاعراض التي يمكن مشاهدتها في المريض هي قصر سعة التنفس والخفقان وضعف العضلة القلبية ومغص في الساقين

و يرى في كلا المسافتين بين الكتفيتين نبضان ينحدر من اعلى الى اسفل وهذا النبضان يعتبر في نظر الدكتور كينغ من دلائل المرض الاساسية وهو واضح في الاقسام العليا اكثر منه في الاقسام السفلى وترى الاوعية السطحية نابضة في خلف الصدر ومنحدرة منحنيا من اعلى الى اسفل ومتجهة نحو الاشواك الفقرية واما الشرايين بين العضلية فهي متمددة و يكون الضغط الشرياني في الاطراف العليا اكثر ارتفاعا منه في الاطراف السفلى ويكون في اليد اليمنى اكثر ارتفاعا منه في اليد اليسرى ويكون النبض الكعبري الايمن اوسع من الايسر و يسمع في المسافتين بين الكتفين نفخ مصاحب للغط القلب الاول (السيستول) و يسمع مثل ذلك فوق الاوعية السطحية الممتدة و يسمع احيانا فوق القوس الابهري في مقدمة الصدر او على طول الابهر النازل من الخلف

عن مجلة الامراض الباطنية الانكليزية عدد تموز ١٩٢٦ صحيفة ٦٩٢

٢٠ (ذات الجنب هوائي) ذاتي

Spontaneous Pneumothorax

ذكر الدكتور كولنسميد *A.J.R Koelensmid* ثلاث حادثات موضحة بالتصاوير وافاد ان النوموتوراكس الذاتي هو من الصدف النادرة وهو عادة لا ينشأ عن التدرن وينتاب الشخص بغتة بينما يكون صحيح البدن تماما او مضطربا من الم في صدره وضيق في نفسه . وفي اكثر من نصف الحالات من هذا القبيل يصول المرض بعد نوع من الجهود البدنية . وعند الكشف عن المريض في نوبة المرض تدرك العلامات المميزة لانصباب هوائي جاف ولم يوجد في تجويف البلورا ما عدا الهواء الا في حالات شاذة حيث وجد مع الهواء شيء قليل من سائل مصلي او دم . ويؤول المرض قاعدة الى الشفاء التام عاجلا او آجلا ولا يدع في المريض اقل بقية او اثر منه . ولا يسير سيرا رديئا الا فيما قل وندر من الاحوال وعند فتح الجثة بعد موت المصاب يشاهد ان سبب هذا الانصباب الهوائي في تجويف البلورا انما كان انشقاق احدى الحويصلات الهوائية الكائنة في سطح الرئة تحت غشاء البلورا . وهذه الحويصلات الهوائية مكونة من انتفاخ الرئة ويكون الانتفاخ اما منحصرا في بعض مناطق الرئة واما شاملا لجميعها وقد

(١) «مضيق الابهر» (*Isthme de l'Aorte*) هو المضيق الناشئ عن تناقص سعة الشريان الابهر بغتة تحت منشأ الشريان تحت الترقوي الايسر

(٢) القناة الشريانية (*ductus arteriosus*)

يكون متخللا الفصوص الرئوية وهذا مايوجد خاصة في الاطفال والحويصلات الهوائية الامفيزياوية توجد غالبا في قمة الرئة او في جوار منطقة درنية قديمة حيث يبلغ اتساعها حجم الكراز ولا يوجد لهذا المرض اقل علاقة بتدرن الرئة ·

٣ · السفلس الدماغي النخاعي

Cerebro-Spinal Syphilis

عن مجلة معهد الامراض العصبية
في جامعة ويانة مايس ١٩٢٦
صحيفة ٢٩٠

يقول الدكتور ناغازاكا (*G.Nagasaka*) ان من الامور المقررة الآن هو ان السحايا هي اول نقطة في الاعصاب المركزية تستهدف للحملات التي يصول بها ميكروب السفلس وان الاسبروكت، مكروب السفلس ، ينفذ الى السائل الدماغي الشوكي والسحايا عن طريق المسافات اللنفاوية التي تسير في النسيج الضام وقد يوجد التغيير في السحايا سنين طويلة بدون ان يفضي الى اي عرض سريري ويؤيد ذلك حادث شهده الدكتور سيستان (*Cestan*) وريسلر (*Risler*) وهو انهما وجدا التهابا مزمنا منتشرا في السحايا عند مريض لم يظهر فيه سوى عرض واحد وهو جمود الحدقة وعدم حركتها وهناك ثلاث حادثات اخرى شهدها الدكتور اوسترتاج « *Ostertage* » كان المرض في كل منها التهابا سفلسيا مزمنا في السحايا ومع ذلك فلم يوجد اي عرض كان هذا من جهة ومن جهة اخرى قد ذكر الدكتور بت «*Pette*» حالات من نفس المرض قد ظهرت فيها الاعراض باكرا حتى ان هذه الاعراض في احداهما ظهرت بعد تشكل القرحة الابتدائية باشهر قليلة وقد انتهت بالموت بعد ذلك بمدة قصيرة وعند بحث الجثة وجد في السحايا التهاب شديد مصحوب بآفات التهابية في النسيج العصبي الموضوع تحتها· واتيح للدكتور ناغازاكا ان يفحص اخيرا ست حادثات كان فيها التهاب السحايا قد استمر بصورة مزمنة بضع سنوات من قبل ان يحدث اعراضه السريرية التي افصح حالا انها مهلكة وكان جميع المرضى في نحو الستين من العمر مصابين طبعا بتغيرات وعائية لاتتعلق بالسفلس وحده · وفي الحقيقة ان التهاب السحايا لم يكن السبب الباعث لظهور الاعراض السريرية بصورة فجائية بل ان حدوث هذه الاعراض على تلك الصورة انما كان ناشئا عن تغيرات وعائية حدث البعض منها بتأثير السفلس والبعض الاخر بتأثير الشيخوخة·

وفي جميع الحالات من هذا القبيل تكون التغيرات الدماغية مصحوبة بالتهاب المفاصل وامراض في القلب وكثيرا مايتفق وجود الاعراض الدماغية مع التهاب سفلسي في الاوورطي ·وقد ذكر ان تغيرات الاوورطي في السفلس الدماغي هي بنسبة ٣٤,٨ في المائة ·

٤ · الاضطرابات السمباتيكية في القلب

عن مجلة ليون الطبية الافرنسية
١٥ كتوبر ١٩٢٦ صحيفة ٤٨٣

يقول الدكتور دوما « *A.Dumas* » ان الاضطرابات السمباتيكية تؤثر في القلب اما مباشرة واما بواسطة

التغيرات التي تحدثها في الرئة او الدورة الدموية العامة · والعلائم السريرية لمثل هذه الاضطرابات هي عدم انتظام ضربات القلب « الارتميا » والخناق الصدرى الكاذب وتمدد القلب وعدم كفاية العضلة القلبية وما يعقب ذلك من الاوذيما الرئوية الحادة· ويظهر ان هذه الاضطرابات الانعكاسية لاتقع في الظروف العادية سواء كان هناك آفة قديمة في القلب كما يعتقد الاستاذ «*Vapuez*» اولم تكن · وتكون الاضطرابات السمباتيكية في القلب السليم وقتية وفجائية ومائلة الى الشفاء · والسبب المحرض لهذه الظواهر القلبية قد يكون الم في الكبد اوفي المعدة او في الاعصاب المحيطية ويعتقد الدكتور دوما ان مثل هذه الاضطرابات السمباتيكية الفجائية قد تسبب ايضا صدمة انافيلاكسية «*Choc Anaphylactique*» وخاصة انافيلاكسيا الهضم في المرضى الذين لهم استعداد لها بشدة الاحساس وغالبا بمرض القلب او الابهر· ويحدث البحران القلبي نظير مايحدث « البحران الهضمي الناشئ عن الضفيرة الشمسية » · والآفات القلبية نحو الضخامة البسيطة اوعيوب الشريان الاكليلي القلبي وحتى آفات العضلة القلبية فان هذه كلها تجعل اصحابها مستعدين لصولة البحران المذكور · وتنحصر الصعوبات السريرية في التمييز بين العوامل العضوية والعوامل العصبية وقد يحصل هبوط في القلب وعدم كفاية في الدورة الدموية عن اضطرابات الاعصاب السمباتوية وانعكاسها في القلب ولكن قبل التسليم بذلك يجب على الطبيب ان يأخذ بنظر الاعتبار الاسباب المهيئة وربما كانت هذه الاسباب اثنان خفي يحتاج الى معالجة سريعة ومعقولة ·

الجراحة

٥ · حادثة فتق مغبني غير اعتيادية

An Unusual Cause Of iguinal Hernia

عن مجلة الامراض الجراحية الالمانية
٢٤ تموز ١٩٢٦ صحيفة ١٨٩٢·

يقول الدكتور فلدمان (*E.Feldmano*) ان الفتق المغبني ينتج عادة عن تمدد الجلد وماتحته من الانسجة باشتداد الضغط الذي في داخل البطن وقد وصف حادثة عامل له من العمر ٦٥ سنة قد شاهد في اربيته ورما يبرز منذ ثلاثة او اربعة اشهر ولما دخل المستشفي كان كل من الورمين بحجم الجوزة فاستأصل الورمين بدون مشقة غير ان المريض قد اصيب في اليوم الثاني باعراض تدل على انسداد الامعاء وشوهد فيه نزيف دموي خفيف من الشرج بعد عمل الحقنة وبعد ان شفي جرح العملية وجد بالجس الاصبعي سرطان في المعي المستقيم ولم يكن الفتق من النوع العادي وقد اجريت عملية استئصاله قبل ان يظهر اي عرض يدل على وجود سرطان في المعي المستقيم فيستنتج الدكتور فلدمان من هذه المشاهدة انه لايجوز اجراء عملية الفتق لرجل طاعن في السن قبل ان يبحث بدنه بحثا دقيقا كاملا · ويقول ان بروز الفتق منبعث حسب ما نظن عن اشتداد الضغط داخل البطن وهذا ما يشاهد غالبا في الشيوخ وهو ناشئ عن انسداد قسم من الامعاء بوجود السرطان اوعن تزايد الضغط بسبب ضخامة البروستات او تضيق مجري البول او بسبب السعال المستمر الناشئ عن التهاب شعبي مزمن· ويحدث الفتق في الاطفال

بنتيجة عسرة البول الناشئه عن اختناق الفلفة او السعال الديكي ·

---

٠٦ تفمم الكيس المراري بالاثنى عشري

Cholecystoduodenostomy

عن المجلة الجراحية السنوية (انكليزية)

تموز ١٩٢٦ صحيفة ٩٥

قد اتي الدكتور مولر (*G.P.Muller*) على ذكر الاسباب التى تبرر عمل التفجير الداخلى (*Internal-Drainage*) الذى يعمل فى الحوصلة المرارية ومما ذكره من هذه الاسباب : الانسداد الدائم في القناة الصفراوية العام وآفات هذه القناة وحدباتها وحصى الحوصلة المرارية المضاعفة بالتهاب البنكرياس وقد اتفق جميع الباحثين المتأخرين على انتخاب المعدة او الاثني عشرى لتح الكيس المراري فيها · وقد استعمل الدكتور مولر انبوبة من المطاط لهذا الغرض وغايته من هذا الحصول علي نتيجة جيده من عملية التفمم فهو بعد ان يخيط الحوصلة المرارية بالاثني عشري يوصلهما بتلك الانبوبة التى يدخلها من جانب الحوصلة المرارية وبعد ذلك يثبتها في موضعها ويقول ان هذه العملية سهلة جدا والانبوب يحول دون انسداد الفتحة الصناعية التي توصل العضوين وفضلا عن ذلك فلم يعد يرى بعد هذا التدبير التفاف البريطون حول موضع الاتصال او نضح السائل منه ·

وقد ذكر الدكتور ان النتائج في هذه الحالة كانت باهرة جدا وقد خف اليرقان ·

واذا كان الانسداد ناشئا عن التهاب مزمن في البنكرياس فان المفاغمة (*Anastomesis*) تكون ذات فائدة عظمي وتخفف الاعراض بوجه يوجب الارتياح ·

---

٠٧ احداث الانصباب الجنبى الهوائي فى اكياس الرئة الديدانية

Artificial Pneumothorax in Hydatid Diseases Of The Lung

عن المجلة الطبية — الجراحية للجهاز التنفسي (افرنسية)

نيسان ١٩٢٦ صحيفة ١٢٦

يذكر الدكتور دوفه (*F. Dévé*) ان ٩٠ في المائة من الاكياس الديدانية الموضوعة فى مركز الرئة تشفي من تلقاء نفسها اذ انها تنفتح في القصبات الهوائية ولم يكن هناك حاجة الى احداث الانصباب الهوائي الا فيما ندر وعلى كل حال فان الشفاء الطبيعى يسير في بعض الاحيان سيرا يبعث الملل بحيث ان عملية فورلانيني '*Forlanini*' تصبح واجبة التطبيق في سلسلة من الحادثات وهي «١» عندما يظهر بالفحص الشعاعي ان تتابع الشفاء الطبيعي قد تاخر عن موعده وخاصة عندما تتضاعف تقشعات الاكياس الديدانية بنفث دموى كثير الانتكاس « ٢ » عندما يكون الكيس مستقرا فى مركز الرئة ومنتجا كهفا دائميا يحتوى على الهواء والصديد يدل على فقدان قابلية النمو في الانسجة الرئوية المحيطة بالكهف « ٣ » عندما تسوء الاحوال العمومية فى وجود القيء ولم يهتد البحث بالاشعة الى اكتشاف موضع الكهف الذى يتحتم افراغه ·

٠٨ كزاز حدث على اثر عملية طاهرة

عن مجلة مونيخ الطبية الاسبوعية الالمانية

٨ اكتوبر ١٩٢٦ صحيفة ١٧٠٣

سجل الدكتور كونيغ-فيزر A. Kônigswieser ثلاث وقائع مهلكة من الكزاز حدثت فى خلال خمس سنوات بعد عمليات طاهرة اجريت في القدم لاشخاص تتراوح اعمارهم بين ١٠ و١٧ سنه في مستشفى الاورتوبيدى الاستاذ شبيتسي (*Spitzy*) في فينه وكان هؤلاء الاشخاص قد اعتادوا المشى حفاة من جوار الاصطبلات فالمؤلف يفتكر ان باسيلات الكزاز قد انسلت الى اعماق الجرح بعد شق الجلد الذى يكسوا اخمص القدم وبهذا يظن ان الشق كان سببا لدخول الجراثيم من مقرها فى الجلد الى البدن · والطريقه المستعمله الى حد اليوم فى تحضير المريض لاجل العمليه هي استحمامه فى المساء الذي يتقدم يوم العمليه ثم غسل موضع العمليه غسلا جيدا بالصابون في الصباح وتطهير هذا الموضع بصبغه اليود ثم تضميده بضماد معقم · ويرفع الضماد قبل العمليه مباشرة ويطهر الجلد مرة اخرى بالكحول وصبغه اليود · والظاهر ان هذه التدابير ليست كافيه لتطهير الطبقات الجلديه الغائرة فقد شاع الان فى مستشفى الاورتوبيدى فى فينه استعمال حقن المصل المضاد للكزاز بقصد الوقايه قبل كل عمليه يراد اجراؤها في اقدام المرضي الذين قد اعتادوا المشي حفاة ·

---

٠٩ غانغرين ذاتى فى الاعضاء التناسلية الظاهرة

عن المجلة الاكلينيكية الاسبوعية النمسوية

٣٠ سبتمبر ١٩٢٦ ص ١١٧٧

سجل الدكتور تايتشر (*E.Teitscher*) وقعة مهلكة من هذا القبيل حدثت لرجل له من العمر ٦٠ سنة ومما قال في هذا الصدد ان الدكتور فورنيه (*Fournier*) تحدث في عام ١٨٨٣ عن غانغرن خاص ينتاب اعضاء الرجل التناسلية ويحدث من تلقاء نفسه وينتشر سريعا الي جلد القضيب والخصيتين ويتلف الاعضاء التناسلية الظاهرة في مدة تتراوح بين ٢٤و٤٨ ساعة · وقد جمع الدكتور كوئين (*Coenen*) وپرتسدبورسكي (*Perzedborsky*) فى عام « ١٩١١ » ٢٠٤ حادثات من غانغرين الاعضاء التناسلية الظاهرة للرجال كان ١٤٥ منها حدث من تلقاء ذاته · وللمرض حسب الدكتور «راندال» ثلاثة اعراض اساسية : المباغتة وسرعة النمو · وفقدان اسباب الغانغرين المعتادة · والمرض ينتاب عادة الشباب الاصحاء ويبتدأ بحمى وعرواء وازدياد عدد النبض والقيء وغالبا الهذيان وتظهر في بادىء الامر صلابة واوذيما تنتشران فوق الاعضاء التناسلية فتصبح هذه منتفخة ويتعاظم حجمها فيبلغ اربعة اضعاف ما هو في الحالة الطبيعية وثم يتكون الغنغرين الراطب بسرعة · وقد امكن في هذه الحالة العثور علي طائفتين من المكروبات · الطائفة الاولى هي بكتريا مولدة للغاز والثانية تشتمل علي جراثيم مولدة للصديد اشهرها المكروبات العقدية « الاستربتوك » ويكثر هذا المرض في زمن الحرب حيث تشتد سمية اكثر الميكروبات ·

وقد روى الدكتور تايئشر ان اول وقعة من هذا القبيل دونت من قبل توسيديديس « *Thocydides* » في طاعون « اثينه » الذى حدث في حرب البلوبونزيين « *Peloponnesian* » ونسبة الوفيات في هذا المرض هي ٢٠ الى ٢٣ في المائة وتنحصر معالجته في شق موضع الآفة باكرا وتفجيرها ·

١٠ معالجة التهاب البريطون الصديدى المتعمم

Traitement De Peritirite Snppurative Generalisee

عن مجلة الامراض النسائية الافرنسية

اتي الدكتور كيرشنر(*Kirschner*)على ذكر ١٠٠٠ حادثة من حادثات التهاب البريطون واستنتج ان جميع التهابات البريطون المتعممه ماخلا التي تحدث عن الجونوكوك والبنوموكوك ينبغي ان تعالج بالعملية حالا · ويتوقف نجاح العملية على سرعة اجرائها ، وقد وجد ان الوفيات هي ٢٤ في المائة عندما تعمل العملية بعد ابتداء المرض باثني عشرة ساعه وترتفع نسبه الوفيات الى ٦٠ في المائه عندما تتأخر العملية ثمانية وار بعين ساعه ويحصل الموت عادة بالصدمه العصبيه « الشوك » في يوم العمليه · ويعتقد الدكتور انه يجب ان يكون الشق على الخط المتوسط وينبغي ان يكون طويلا بدرجه كافيه للبحث عن منبع النتانه واستئصاله · وهو يغسل تجويف البطن بالمصل الصناعي اذا كان الالتهاب منتشرا ويكتفي بتجفيفه بالقطن اذا كان متحصرا وقال ان غسل البطن بالمحاليل الدوائيه مما يضر جدا ويحسن عدم استعمالها الا انه يجب افراغ الامعاء تفريغا ميكانيكيا ولا يفى بالمطلوب تفجير التجويف البريطوني فاذا كان في الامكان رفع جميع البؤر العفنه فلا حاجه للتفجير بل يجب غلق الجرح بدونه ·

واما اذا بقى نزيف قليل وقسم متنخر ينبغي وضع انبوب مرن في موضع العمليه ليتسنى بواسطته تصريف ماقد يتراكم في تجويف البطن ·

والمعالجه بعد العمليه يجب ان تتجه الى اعلاء نشاط الدورة الدمويه في الاوعيه الشعريه والاوعية الدمويه والقلب وتزيد المقاومه العموميه · ويكون المريض في الاضطجاع الظهرى او في اى وضع ملائم آخر · ويجب اكثار البول باستعمال ١ الى $\frac{1}{2}$ ١ لتر من مصل يحتوى على الملح او السكر حقنا داخل الوريد او الشرج واذا حدث القئ فمن الممكن توقيفه بغسل المعدة وينبغي تنشيط وظائف الامعاء بجميع الوسائل الممكنه وفي حالة شلل الامعاء ينفع التفمم المعائي او بزل الامعاء من الجلد في مواضع عديدة

فن العلاج او الاقرباذين

Therapeutics.

١١ · معالجة الحمرة بالمصل

Serum Treatment Of Erysipelas

عن المجلة الطبية الاميركية

٨ مايس ٩٢٦ صحيفة ١٤١١

قد عالج الدكتور بركهاوغ (*K.E.Berkhaug*) ستين حادثة من حادثات الحمرة المتوسطة الشدة بالمصل

المضاد للمكروبات العقدية (الاستربتوكوك) حقنا داخل العضل بمقدار ١٠٠ س · م٣ من المصل غير المركز و ١٥ الى ٢٠ س م٣ من المصل المركز (*Concenrated*)

ووجد ان المصل اذا استعمل في الثلاثة ايام الاولى من مدة المرض فانه يسبب تحسنا سريعا في الانحطاط التسممي وهبوط بحراني في الحرارة وعدد النبض وذبول سريع في الآفات الحمروية وارتشاف سريع في الحويصلات والاوذيما في منطقة الالتهاب · واما في الحادثات التي يكون فيها المرض قد بلغ ادواره الاخيرة فكان للمصل تأثير نافع في الانحطاط العام المسبب عن سموم المرض وانما يتحتم الاستمرار على حقن المصل لتعديل السموم التي في دم المريض وكان النبض والحراره ينخفضان الى حدهما الطبيعي عندما يحقن المصل في مدة تتراوح بين ١٢ و ١٨ ساعة وربما انتكس المرض في بعض الحادثات ففي مثل هذه ينبغي اجراء الحقن مرة ثانية لحصول الشفاء التام ·

١٢ · معالجة داء الافرنج بالبزموت

Treatement Of Syphilis By Bismuth.

عن مجلة الامراض البولية والجلدية الانكليزية مايس ١٩٢٦

صحيفة ٢٨٩

اوضح الدكتور غروند « *J.L.Grund* » فوائد البزموت في حادثات السفلس التي تعذر علاجها بالسالفرسان او الزئبق او بكليهما · وطريقته في استعمال هذا العلاج هي : يحقن في داخل العضلات مقدار ٠.٢ غرام من تارترات البوتاسيوم والبزموت مع شيء قليل من المخدر الموضعي مرة في كل اربعة او سبعة ايام · ياخذ كل مريض ٢٫٥٤ غرام تارترات البوتاسيوم والبزموت وهو المقدار الاعظم · ولم تحصل من هذا الحقن عوارض رديئة الا فيما قل وندر · فاذا حدثت عوارض موضعية كالانتفاخ والالم يجب تخفيض مقدار العلاج الى النصف وتزييده شيئا فشيئا الى ان يتسنى اعطاء المقدار كله بدون حصول اضطراب ما · وقد انكر الدكتور غروند حدوث الخط الازرق ان لم يكن التهاب الفم موجودا ولم يشاهد في هذه المعالجة وقوع البول الزلالي او الهزال · وقد وجد ان البزموت يفعل في بعض المرضى فعل الادوية المقوية · واستنتج الدكتور ان البزموت ينبغي ان يحل محل الزئبق في معاضدة السالفرسان عند معالجة السفلس ·

١٣ · معالجة الصدمة العصبية بالانسولين والجليكوز

Insulin- Glucose Treatment Of Shock

عن مجلة الامراض الجراحية والنسائية والولادية الامريكانية اغستوس ١٩٢٦

صحيفة ٢٢٤

يقول الدكتور فيشر *Fisher*. ان الصدمة العصبية تعتبر نتيجة لتنبه شديد يحصل في المجموع العصبي الحركي ببعض العوامل كالرياضة البدنية والتهيج النفساني والجروح وهذه العوامل تؤدي الى تغيرات فسيولوجيائية (غريزيه) في المجموع الحركي وقد تفضي الى انها كه اذا بلغت حدا كافيا ·

وكان يقصد باساليب المعالجه المعتادة محافظه الضغط الدموي عند حده وحبس الحرارة البدنيه وقد اهملت الحوادث المرضيه الاساسيه التي تقع في الخليات وبعبارة اخري الاسفكسيا الداخليه والتحمض والعوامل الاصليه ويعتقد الدكتور فيشر ان الاسفكسيا الداخليه وحموضه البدن مع توقف اعمال التأكسد هي نتائج لحالة من حالات النهوكة وهذه الحالة تنشأ فى الاصل عن اضطراب فجائي يصيب المجموع العصبي المركزي واعتقاده هذا قد ساقه الى الحكم بان مجادلة الشوك لاتتم الا باستخدام بعض الطرائق التى تمنح البدن عناصر تزوده حالا بما يحتاج من القدرة عَلَى ان تكون تلك الطرائق كافله لابقاء هذه القدرة الى الزمن المطلوب ومحافظه عَلَى حجم السوائل في عروق البدن .

وقد وجد ضالته هذه بمعالجة الشوك بالانسولين والجليكوز ولهذا الغرض يحقن داخل الوريد ٥٠٠ الى ٢٠٠٠ س م٣ من محلول الجليكوز المعقم بنسبة ١٠ الى ١٥ في المائة ويقول ان مجموع مدة استعمال الحقن يجب ان تكون ساعة واحدة عَلَى الاقل والافضل ان تكون ساعتين اواربع ويضيف الى ذلك قائلا ان هذا الاحتياط مهم جدا يجب مراعاته في كل مرة يراد عندها ادخال كمية كبيرة من السوائل فى داخل الاوردة وبخلاف ذلك ربما تمدد القلب الايمن وهو من الاخطار الحقيقية ومقدار الانسولين الذى يجب استعماله يتبع مقدار الجليكوز الذى حقن تستعمل وحدة واحدة من الانسولين لكل ٣ جرامات من الجليكوز ومجموع الانسولين ينبغي ان يقسم الى قسمين متساويين يعطى القسم الواحد بعد البدء باستعمال الجليكوز بنحو خمس عشرة دقيقة والقسم الباقي عند انتهاء الاستعمال ويحسن استحضار اسباب حقن الادرينالين للالتجاء اليه حالا لمقاومة التفاعلات الرديئة التى قد تحصل من هذا الحقن . وليس من استعمال الانسولين اى خطر مادام الجليكوز يطرح مع الادرار .

ويقول الدكتور فيشر ان بهذه المعالجة يتيسر تزويد الخلايا بالقدرة الحرورية بواسطه احتراق الجليكوز السريع فى الزمن الذى تتوقف فيه اعمال التأكسدات الطبيعية وتلك القدرة الحرورية هي من اعظم العوامل الحيوية التى توقظ فى الخلايا اعمال الشفاء . وقد عالج بهذه الطريقة ٣١ حالة من حالات « الشوك » تكللت كلها بالنجاح وقد استعمل الطريقة نفسها بنجاح في كل الوقائع الجراحية من قبيل الوسائل التحضيرية التي تجري قبل العملية لوقاية المريض اذا كان قليل المقاومة او لمنع حدوث القيء المتواصل فى حالة التهاب حاد فى البريطون وقد استعملها اوكسنر « ochsnsr » في جميع حادثات الفقر الدموي الخبيث عندما يكون حقن المصل الصناعي عديم التأثير .

القبالة والامراض النسائية
Obstetrics And Gynaecology

١٤ . الوقاية من العدوى النفاسية
Prevention Of Puerperal infetion

عن الجريدة الطبيه الانكليزيه

يعتقد الدكتور بسنسين *D.H.Bessesen* ان منبعا مهما للعدوى النفاسية لم ينل ما يستحقه من الاهتمام والالتفات الى حد الان . يوجد في اغلب النساء انتان مهبلي بكثير يأتي من من وهن صحيحات البدن في الظاهر . ويقول ان عددا كبيرا من هذه الانتانات ناشيء عن البكتريا العقدية (الاستربتو كوك) وكثير فى المائة من هذه الجراثيم هو من النوع المحلل للدم . وعليه فانه يعمل التطهير المهبلي الاتى قبل ابتداء الجهود الولاديه مباشرة لاتقاء الحمي النفاسية التي تنشأ من نتانة المهبل يطلي الفرج بعد حلق الشعر منه وغسله بمحلول من الزئبق والكروم (*Mercuro-Chrome*) بنسبة ١٠ في المائة ثم يؤخذ منظار مهبلي واسع ويدهن بجليسرين معقم يحتوي على ٢ فى المائة من (الميركوروكروم) و٠،٠٦ فى المائة من صبغة اليود المخففة بنسبة ٣ $\frac{1}{2}$ في المائة ويدخل هذا المنظار في المهبل ثم يحقن فيه ٥ س م٣ من نفس المحلول وتسد فوهته بقطعة من الشاش (غاز) لاجل حفظ السائل فى داخل المهبل وعندما يسحب المنظار يعلق السائل المذكور في جدر المهبل وهكذا يتم تطهيره وقد زاد الكاتب على ذلك فقال انه نسبة المزيج المطهر عينت في الخارج باختبارات طويلة اجريت قبل استعماله فى المهبل لاجل معرفة المقادير التى يمكن الحصول بها عَلَى اعظم درجة من التأثير المطلوب باصغر درجة من التخرش وهذا المحلول اللزوجي يعلق بالغشاء المخاطى للمهبل لمدة طويلة .

ويظن الدكتور (بسه سين) انه يمنع النتانة الميكانيكية عن الرحم عند نزول الرأس وصعوده بالتتابع اثناء الدور الثاني من الجهود الولادية . ويقول ان هذا المحلول غير سام نسبة وان الرأس عندما ينحدر الى المهبل وينسحب منه ياخذ معه طبقة من هذا المحلول المطهر ويطلى بها تجويف الرحم بدلا من المواد المعفنة التى قد يحملها الى الرحم فيما لو كان المهبل غير مطهر والمحرر المذكور قد اتهم ايضا طريقة كرده (*Credé*) في اخراج المشيمه بالضغط عَلَى البطن وقال انها تنقل العدوى الى الرحم لان الضغط عَلَى الرحم وهو في حالة الارتخاء بسبب انحدار الحبل الى المهبل واذا ما رفع الضغط يعود الى الرحم بعد ان يتلوث من المهبل . وكذلك فان التبكير فى تمزيق الاغشية مما يسبب امتداد الدورة الثانية من الولادة وهذا ما يزيد في اخطار العدوى بسبب حركات الصعود والنزول التي يجريها الجنين على التوالي . وان اخراج المشيمة باليد بعد تمزقها هو ايضا من الاسباب التي تدعو الى اشتداد الخطر لان اليد عند دخولها تسحب معها كمية وافرة من الجراثيم من المهبل الى قعر الرحم .

---

١٥ . معالجة الاضطرابات الطمثية
Treatment of Menstrual Disorders.

عن جريدة فن العلاج الانكليزية
Therapeutic Grazett, May 1926, P.315

يناقش الدكتور نوفاك (*E.Novak*) معالجة اضطرابات الطمث مسترشدا بالابحاث الفسيولوجية الحديثة فيعتقد ان انقطاع الطمث لما كان مصاحبا لازدياد السمانة فهو منبعث بلا شك عن اضطراب في

١٥٤

وظائف الغدد ذات الافرازت الداخلية وعلية فمن الواضح ان المعالجة بالاعضاء (*Organotherapie*) تكون في هذا الباب اقرب شيء الى المنطق وابعده عن الخطر وبالرغم عن كون هذه المعالجة لم تات في الوقت الحاضر بنتائج وافية بالمطلوب — فان الدكتور (نوفوكا) يومل ان انكشاف الابحاث الكيمياوية الحياتية التي تجرى الان في هذا الصدد سوف تكفل في المستقبل التقدم في ميدان المعالجة هذه ·

اذا استعمل (الانوربين) في معالجة عسر الطمث الى حد الاشباع وقبل حلول وقت الحيض فانه ينفع في تسكين الالم واذا لم ينجح هذا العلاج ينبغي الاشتباه من وجود افات تشريحية كورم عضلي في الرحم في خلال العضل او تحت الغشاء المخاطي وفي هذه الحالة لا تنفع خلاصات الغدد النخاعية والدرقية والمبيضية وكثيرا ما تحصل نتائج حسنة من توسيع العنق ·

واما النزيف الرحمي الوظيفوي في زمن البلوغ فانه يشفى من تلقاء نفسه اذا كان متوسط الشدة ولكنه اذا كان شديدا فهو يستوجب جرف الرحم للاغراض التشخيصية وكثيرا ما شفي المرض نهائيا بعد هذه العملية وقد وجد (نوفوكا) نفسه نتائج حسنة من استعمال خلاصة الغدة النخامية يوميا واذا استعملت خلاصات الغدد الداخلية في معالجة النزوف الرحمية المستمرة التي تحصل عند زمن انقطاع الطمث «*Menopose*» فهي تؤدي الى انقطاع الدم نهائيا وينبغي الانقطاع عن استعماله للنساء الحديثات السن واذا مست الحاجة اليها فيجب اخبارهن بما قد يحدث من خطر انقطاع الطمث والعقامة وكثير من متخصصي الامراض الولادية يفضلون الالتجاء الى تكرار جرف الرحم بدلا من استعمال الراديوم عندما تكون النساء حديثات السن ·

الباثولوجيا

١٦ كيفية تعيين الثقل العومي للادرار اذا كانت كميته قليلة

عن مجلة الجمعية الطبية الاميركانية

Journ. Amer. Med. Assoc, August, 14th 1926, P 487

قد وصف الدكتور كيرك باتريك *J. Kirkpatrick* والدكتور كلينيك *H·H. Kling* طريقة لتعيين الثقل النوعي للادرار عندما لا يتيسر الحصول الا على بضع قطرات منه ومثلا اذا كان قد اخذ من المثانة بواسطة الميل «الصونده» يرشح في قدح من الزجاج مزيج مؤلف من رابع كلورور الفحم *CabronTetrachloride* والكيسلين *Xylene* بنسبة ١ الى ٣،٥ ثم يرج الاثنان بواسطة مضيب من الزجاج · فيكون الثقل النوعي لهذا المزيج في حرارة ٧٧ فهرنهايت معادلا لدرجة ١٠٢٠ بمقياس البول ويضاف الى ما يقرأ في هذا المقياس ٠٠٥ ،٠٠ من الدرجة عن كل درجة من انخفاظ الحرارة والعكس بالعكس وبعبارة اخرى ان درجات مقياس البول *Urometere* تسجل اوطأ مما يظهر ب ٠٠١، من الدرجة عن كل درجتين من ارتفاع الحرارة

يسقط قطرة واحدة من الادرار في المزيج فاذا انحدرت

الى قعر الاناء عرف ان ثقلها اعظم مما هو في المزيج واذا طافت يعرف انها اوطأ ثقلا والثقل النوعي للمزيج يرفع في الحالة الاولى باضافة الكربون تترا كلورايد ويخفض في الحالة الاخيرة باضافة الكسيلين ويحرك على مهل وباعتناء الى ان تكون قطرة الادرار لا عائمة في سطح السائل ولا منحدرة الى قعره وفي هذه الحالة يقرأ ما يظهر في مقياس البول فيكون معادلا لثقل الادرار النوعي بعد اضافة وطرح المقدار الذي اوجبه اختلاف حرارة الطقس كما ذكر

الشؤون

١ - وفاة الدكتور التونيان

في اليوم الثاني عشر من شهر تشرين الثاني ١٩٢٦ توفي الدكتور التونيان في المستشفى الملكي بعد ان قاسى آلامه المرضية الاخيرة نحو ١٣ يوما وبذلك انطوت آخر صفحة من صفحات حياة الدكتور المملوءة بالمشقات

ولد الدكتور باركيف مارد التونيان في بيله جك التابعة الى بروسه احدى ولايات الاناضول في اليوم السادس عشر من شهر تموز سنة ١٨٨٩ وكان ابوه طبيبا درس الطب في ادنبورج ولما اكمل دراسته الاولى في وطنه اوفده ابوه الى امريكا فدرس الطب في جامعة وابه ريزو في شيكاغو ونال منها الشهادة في عام ١٩١٣ · وقد دخل قبيل الحرب في خدمة (شركة ايللينوئيس الحديدية) في جوليت من مقاطعات الولايات المتحدة الامريكية وتولى طبابتها بصفة (آسيستان سارجان) ولما شبت الحرب العامة التحق بوفد الصليب الاحمر الذي اوفد الى روسيه ومكث هناك حتى اعلان الهدنة وبعد ذلك انتقل الى العراق والتحق بمصلحة الصحة العراقية في ٢٧ كانون الاول ١٩١٨ وعين طبيبا لمستشفى خانقين ثم استقال من وظيفته هذه في اواخر تموز ١٩١٩ وقفل راجعا الى امريكا وعند ما بلغ الاستانه في طريقه الى الولايات المتحدة اتفق ان حدث له حادث عائلي منعه عن استئناف سفره فصحت عزيمته على الرجوع الى العراق ولما عاد الى هذه البلاد التحق بمصلحة الصحة في كانون الثاني عام ١٩٢٠ وعين لطبابة مندلي ولما شبت نار الثورة في العراق عام ١٩٢٠ وقع اسيرا بيد القبائل الثائرة بين شهربان ومندلي ثم وجد طريقة فر بها هاربا من الاسر وعاد الى بغداد في ايلول ١٩٢٠ واستخدم في المستشفى العام الجديد وظل في هذه الخدمة حتى كانون الثاني ١٩٢١ ثم نقل الى طبابة خانقين للمرة الثانية · وفي خانقين عرفنا هذا الرجل النشيط وكان مثالا لمكارم الاخلاق حلو الحديث كريم النفس يسحرك اسلوبه العذب وهو شديد الغيرة على واجباته له المام واسع النطاق بالمعارف الطبية وبهذه المزايا عرف الطبيب بين طبقات الاطباء الراقية وحصل على اصدقاء عديدين في انحاء القطر فجاءت وفاته ضياعا عظيما لهذه البلاد وكان المرحوم قد قضى دورة عصبية في آخر يوم حياته وهو ينازع الموت في المستشفى الملكي من مرض السل الرئوي وقد شيع جنازته الى مقره الاخير جمع غفير يضم نخبة الاطباء والطبقات الراقية من سكان العاصمة ·

وقد ترك المرحوم ولداوزوجة في الولايات المتحدة فنتمنى لها ولجميع عارفيه صبرا جميلا

٢–شؤن الجمعية الطبية البغدادية

تمهيد

نود قبل ان ناتى على ذكر جلسات الجمعية الطبية البغدادية ان نتحف القراء الكرام بنبذه من تاريخ تأسيس هذه الجمعية وسلسلة المراحل التى قطعتها فى تطورها ثم نلفت انظار اعضاءها المحترمين الى حالتها الراهنة ونبدي على قدر ما تسمح به صلاحيتنا الادبية درجة اكتراث اطباء العاصمة لهذا المشروع الذى اصبح نموه وفساده منوطين حتما بما لهم من الاستعداد للقيام بامثال هذه المشاريع وهو اصدق مثال يستطيع به الباحث قياس مقدرة الطبيب العراقى في خدمة العلم وميوله لاسباب التقدم فى مضمار الرقي وللقارئ ان يحكم بعد ذلك بصحة نظرنا او فسادة

تاسست الجمعية الطبية البغداديه في ١٤ آب ١٩٢٠ وكان مؤسس هذه الجمعيه الدكتور ت. ب. هيكز قد شعر بلزوم تاسيسها مدفوعا بشوة احد الزملاء (ونظنه الدكتور سامي شوكت) وكان اذ ذاك مديرا لصحه العاصمه فبعث كتابا الي الحاكم العسكرى في ١ اب سنه ١٩٢٠ يطلب منه مساعدته في تاسيس جمعيه للاطباء واليك نص الكتاب :

سيدى

«١» قد صرح لى احد الزملاء البغداديين ان هناك فراغا عظيما للجمعية في بغداد تضم اليها جميع الاطباء من رجال ونساء.

«٢» وسوف تكون غاية الجمعية رفع مستوى المهنه والمحافظه عَلَى شرفها وتسهيل اسباب تقدم العلوم والفنون الطبيه فى فرعيها الجراحه والطبابه

«٣» وسوف تقوم الجمعيه بالامور الاتيه

اجتماعيا — التعود عَلَى الاجتماع والتعارف بين الاطباء.

وعلميا — القاء المحاضرات وعرض الحادثات المرضيه والمشاهد الفنيه وبهذه الوسيله نطمئن التضامن في رفع مستوى العلم بما يقوم هناك من تبادل الاراء فيما يختص بتجارب المهنه

وادبيا — مناقشه جميع الاحوال التي تتعرض لشرف المهنه وكرامتها

وثقافه – تاسيس مكتبه تحتوى عَلَى مدونات الطب

وصيانه الصحه العامه — مناقشه جميع الاسباب التي تهدد الصحه العراقيه العامه واسداء المساعدة لتهذيب الصحة العموميه بالنشرات الصحيه او بوسائل اخري

ومساعدات اخرى يقوم بها الاعضاء او يقترح اجراءها

«٤» ولاجل القيام بهذا المشروع سوف يعقد جمهور الاطباء اجتماعا عاما في اقرب وقت ومن المحتمل ان يعقد هذا الاجتماع في دائرة الحاكم العسكرى في السراى وسوف يدعى اليه جميع اطباء العاصمه للنظر في المسائل الاتيه

«١» اخذ رأي الاطباء فى تشكيل الجمعيه الطبيه ومناقشه رغبتهم فى ذلك

«٢» فاذا اجمع الراى على تاليف الجمعيه يقرر انتخاب الذوات الذين سوف يشغلون المناصب الاتية في خلال السنة : الرئاسة نيابه الرئاسه ، السكرتاريه ، امانه الصدوق ، امانه المكتبه عضويه اللجنه التنفيذيه

٣ تثبيت تاريخ ووقت الاجتماعات العاديه.

٤ تعيين اجرة الاشتراك

٥ النظر في طريقه تاسيس المكتبه.

٦ وسائل اخرى.

«٥» يرجى من فخامتكم عطف النظر الى هذه المواد ويرجي من صميم القلب معاضدتكم لهذا المشروع

المخلص

ت. ب. هيكز

مدير صحة العاصمة

هذا هو الكتاب المرسل الى فخامة الحاكم العسكرى ولم يبق الكاتب فيه شيئا الا وذكره وتتضح للقارئ الغاية الشريفة التى توخاها من تصديه لهذا العمل المبرور بمعاضدة بعض الاطباء الوطنيين الغيورين مما يبقي للزميل المحترم ذكرا جميلا فى صدورنا وصدور الاجيال المقبلة ابد الدهر واننا نعد هذا المشروع الذى وضع اساسه الدكتور هيكز معجزة كبرى في تلك الايام العصيبة ونسجله له بمزيد الامتنان بين مآثره العديدة التي جاد بها لهذا الوطن

وبعد ان تمت الموافقة عَلَى تاليف الجمعية دعا الدكتور هيكز جميع الاطباء المشتغلين في منطقة بغداد لعقد مؤتمر عام فى دائرة الحاكم العسكرى فاجيب الي طلبه وانعقد هذا المؤتمر فى السراى فى الدائرة المذكورة مساء السبت الموافق ١٤ اب ١٩٢٠ لاصدار القرار في وجوب تاسيس الجمعية وعدمه وانتخاب الهيئه التنفيذية وتعيين طريقة تاسيس المكتبة وتحديد اجرة الاشتراك السنوى وتعيين تاريخ ومحل الاجتماعات العادية مما جاء ذكره في كتابه السالف الذكر وعندما حضر المدعوون قام الدكتور المذكور خطيبا بينهم فقال ماتعريبه :

زملائي — السادة والسيدات.

اشكركم على تلبية دعوتي للمداولة في خصوص تاليف الجمعية الطبيه — قد سببت الحرب نزوح معظمنا عن دائرة اشغاله الاصليه ويسرنا جدا ان نعيد طراوة معلوماتنا الطبية بتبادل الافكار حول مايعرض لنا من الحوادث الطبية والجراحيه وبامعان النظر في ترقيات علمنا الاخيرة وقد تكرم كل من مدراء المستشفى الملكى للنساء ومستشفى الامراض الزهرية والمستشفى العام الجديد والمختبر المركزى بقبول اسداء المعاونه لنا وسوف تكون المكتبه التي نوينا تاسيسها على جانب عظيم من الفائدة لنا جميعا

وان الاضطرابات التي اورثتها الحرب قد جعلتنا مضطرين في بغداد الى السعى وراء وضع الاحتراف بالطب على اساسات ادبيه مستحسنه

فسواء كان الشعب او المهنه ينبغي ان يصانا باعتراف رسمي خاص بحقوق وامتيازات حملة الاجازة من الاطباء وبمحق التطبيب المهلك الذى لم يزل يجرى عَلَى ايدى رجال غير مأذونين

وينبغي تشجيع كل طبيب وصيدلي وحمايته عندما يكون مجدا في اعماله عَلَى خطه شريفه وذلك لمصلحه الطبيب او الصيدلى نفسه ولمصلحه المهنه والجمهور

ومهما كان الامر فانا واثق من ان جمهور اطبائنا سوف يعامل بالحسنى هؤلاء الاطباء القدماء المحترمين الذين مارسوا الطب فى بغداد بصورة شريفه منذ عدة سنين وان كانوا هم في حد ذاتهم لم ينالوا شهادة من المدارس الطبيه فالجمعيه الطبيه ينبغي ان تعالج جميع هذه المسائل

وسوف يكون لملاحظات هذه الجمعية بالتضامن مع الحكومة اهمية عظمى في معالجة اي عمل يصيب المهنة او الصحة العامة لي وطيد الرجاء بنجاح هذه الجمعية في المستقبل على شرط ان يعاضدها كل عضو بما استطاع من قوة.

ويجب علينا ان نتذرع بالصبر وان نقنع بالسير بطيئا ولكن بوثوق معتمدين على انفسنا وواثقين بمستقبل العراق الباهر. ١٤ آب سنة ١٩٢٠

ت. ب. هيكز
مدير صحة العاصمة

وقد القى الدكتور هيكز خطابه هذا في مجتمع من الاطباء مؤلف من ٣٤ طبيبا بينهم ١٠ اطباء من البريطانيين فاستقر الرأي على تاليف الجمعية وبوشر في انتخاب الهيئة التنفيذية الاولى فاسفر الانتخاب عن النتيجة الآتية :

الرئيس	اللفتننت كولونيل لين مدير الصحة العامة في ذلك العهد
نائب رئيس اول	الدكتور محمد كاني بك
« « ثاني	« سامي بك ال شوكت باشا
امين الصندوق	« ت. ب. هيكز
الكتبي	« براهام والدكتور آرام زرزوانجيان
السكرتير	« كامبل ماكي والدكتور فائق شاكر
المترجم ومعاون السكرتير	آنتون امانوئيل وامانوئيل مضبوط
اعضاء اللجنة التنفيذية	مدراء المستشفى العام الجديد ومستشفى النساء والمختبر المركزي

وبعد انتخاب الهيئة التنفيذية قرر تاسيس المكتبة موقتا في دائرة مدير صحة العاصمة وجعل ثمن الدخول الى هذه المكتبة ٣٠ ربية وقرر ان تقبل تبرعات الاطباء للمكتبة سواء كانت تلك التبرعات كتبا تهدى او دراهم تعطى لصرفها على المكتبة وقد تبرع اللفتننت كولونيل لين بمبلغ قدره ٢٠٠ ربية ووعد جميع الاعضاء بمساعدة المكتبة بمبالغ تسد حاجاتها وتديم كيانها. وقرر ان يكون بدل الاشتراك في عضوية الجمعية ١٥ ربية سنويا.

ثم توالت جلسات الجمعية في سنتها الاولى بنشاط عظيم فعقدت في خلال السنة ١٨ جلسة ١٠ منها عادية و٨ خصوصية. وقد تفاوضت الجمعية في خلال الجلسات الخصوصية في مواضيع خطيرة وقامت باجراءات مفيدة عديدة اشهرها مكافحة الامراض الزهرية في بغداد ومراقبة المومسات ومنازل الفحش والبغاء وتاسيس مستوصفات مجانية لمعالجة الامراض الزهرية وبث التعاليم الصحية ومنع المتطببين والمشعوذين عن انتحال المهنة وفتح المدرسة الطبية العراقية وتدابير اخرى عديدة تصون الاداب الطبية.

وكان عدد الاعضاء في بدء تشكل الجمعية ٣٤ عضوا ١٠ منهم بريطانيون ثم بلغ هذا العدد في آخر السنة ٥٠ عضوا ٢٣ منهم بريطانيون. وكان جميع الاعضاء تقريبا

يحضرون الاجتماعات بكل نشاط ومن اشهر خطباء هذه السنة الدكتور سامي بك شوكت باشا والدكتور فائق شاكر.

ولما بلغت الجمعية سنتها الثانية بدأ عدد الاعضاء البريطانيين يتناقص شيئا فشيئا ودبت في الجمعية روح عربية وطنية اذ احس زملاؤنا البريطانيون بوجوب القاء قسط من مسؤولية العمل على عواتق الاطباء المحليين فكان عدد الاعضاء في نهاية السنة الثانية ٤٨ طبيبا منهم ١٤ طبيبا بريطانيا. وكانت الهيئة التنفيذية في هذه السنة مؤلفة من الذوات الاتية : الرئيس الكولونيل غراهام — نائب الرئيس الاول هيكز — نائب الرئيس الثاني : الدكتور نظام الدين — امين الصندوق : الدكتور سامي بك شوكت — امين المكتبة الكابتن بوست والكولونيل معلوف — السكرتير الانكليزي : انطون امانوئيل وخلفه هيكز بسبب سفر الاول الى اوروبا لدراسة الطب — السكرتير العربي : الدكتور سليمان غزالة — المترجم امانوئيل مضبوط. اعضاء اللجنة التنفيذية ، السابقون:

وعقدت في خلال السنة ١٥ جلسة ٢ منها خصوصيتان فقط عولج في خلالها مسئلة اقتراح البلدية في خصوص تعيين اجرة الاطباء داخل منطقة بغداد. وقد بوشر منذ هذه السنة في اقامة المآدب السنوية فاقيمت اول مأدبة في نزل (بوموند) في ١٨ تشرين الثاني ١٩٢١. وكانت ضيوف الجمعية مؤلفة من حنا خياط وزير الصحة والمستر غاربت سكرتير المندوب السامي والمستر فارول مدير المعارف وناجي بك شوكت باشا معاون محافظ بغداد ورزوق غنام مدير جريدة العراق و٤٠ عضوا من اعضاء الجمعية الطبية وقد بدأت جلسات السنة الثانية من ٥ تشرين الاول ١٩٢١.

وفي السنة الثالثة (١٩٢٢ — ٢٣) كان عدد الاعضاء ٥٢ عضوا ٩ منهم بريطانيون وفي اخر هذه السنة اضحى عددهم ٤٩ عضوا وكان اعضاء الهيئة التنفيذية كما يلي الرئيس الدكتور هيكز — نائب الرئيس : الدكتور حنا بك خياط — السكرتير : صائب شوكت — امين الصندوق سامي شوكت — الكتبي الكبتن بيومنت ثم المستر غرابس واعضاء اللجنة التنفيذية ابراهام ، دانلوب ، غزالة. وقد بدأت الاجتماعات في ٢٨ تشرين الاول ١٩٢٢ وعقدت خلال هذه السنة ١٤ جلسة ٢ منها خصوصية وعولجت فيها مسئلة الاطباء والصيادلة وتهذيب ممارسة الطب.

وقد اقيمت المأدبة السنوية في النادي العراقي في ٨ تشرين الثاني ١٩٢٢ وكان ضيوف الجمعية رستم بك حيدر سكرتير جلالة الملك المعظم والمستر بورديلون سكرتير فخامة المندوب السامي والمستر راندل مدير جريدة الاوقات البغدادية ورزوق غنام مدير جريدة العراق والكبتن روس رئيس طبابة القوة الجوية البريطانية وقد حضر من الاعضاء ٢٧ عضوا.

وفي السنة الرابعة (١٩٢٣ — ٢٤) كان مجموع الاعضاء في مبدأ السنة ٤٩ عضوا ٩ منهم بريطانيون ثم اضحى في نهاية السنة ٥٦ عضوا وقد انفصل من الجمعية من البريطانيين في خلال هذه السنة الدكتور ابراهام على اثر استقالته من خدمة الحكومة العراقية. وقد بدأت اجتماعات هذه السنة من ٢١ تشرين الثاني ٩٢٣ واقيمت في خلالها ١٠ جلسات كلها اعتيادية واقيمت المأدبة السنوية في نزل

مود في ٢٧ تشرين الثاني ودعي اليها من الضيوف : علي جودت بك وزير الداخلية ، رستم بك حيدر سكرتير جلالة الملك المعظم • الميجر بورديلون سكرتير فخامة المندوب السامي ، غروب كابتن روش رئيس صحة الجيش البريطاني ، رزوق غنام مدير جريدة العراق ، كورنواليس مستشار وزارة الداخلية ، ومدير جريدة الاوقات البغدادية وعدا ذلك حضر من الاعضاء ٢٧ عضوا •

واما اعضاء الهيئة التنفيذية في هذه السنة فهم : الرئيس حنا بك خياط ، نائب الرئيس : هاليتان ، السكرتير : صائب شوكت ، امين الصندوق : سامى شوكت الكتبي المستر غرابس ثم الدكتور صائب شوكت بالوكالة •

وفي السنة الخامسه (١٩٢٤ — ٢٥) كان مجموع اعضاء الجمعية في نهاية السنة ٥٨ عضوا ١٢ منهم كانوا بريطانيين • وفضلا عن ذلك فقد اصبح للجمعية اعضاء خارج العاصمة وهم سبعة اذا اضفناهم الى ذلك المجموع اضحى عدد الاعضاء في هذه السنة ٦٣ عضوا • وكانت الهيئة التنفيذية كما يلي الرئيس الدكتور هاليتان نائب الرئيس سامي شوكت السكرتير صائب شوكت • امين الصندوق ابراهيم عاكف الكتبي الدكتور توفيق رشدي والاعضاء دانلوب نظام الدين شكرى محمد • وقد اقيمت المأدبة السنوية في نزل مود في ١١ كانون الاول سنة ١٩٢٤ وكان ضيوف الجمعية رستم بك حيدر والميجر بورديلون ورشيد بك الخوجة (امين العاصمة) وكورنواليس وكامرون (مدير الاوقات البغدادية) غروب كابتن هاردى وواس (مدير صحة الجيش البريطاني) وقد حضر من الاعضاء ٣٨ عضوا وقد بدأت اجتماعات هذه السنة من ٢٦ تشرين الثانى ٩٢٤ وعقد في خلال السنة ١١ جلسة واحدة منها خصوصية عولجت فيها مسئلة الاطباء الاجانب في بغداد واسفرت المسئلة عن وضع قانون يحدد تيار الاطباء المنحدر الى العراق •

هذا تاريخ الجمعية الطبية البغدادية في خلال خمس سنوات اوردناه على وجه الاختصار • وغرضنا من ذلك بيان التطورات التي اجتازتها الجمعية في ابان شبابها وسوف يجد القارئ في هذا العدد نفسه فصلا ضافيا يبحث عن حالة الجمعيه في عامها الماضي اى في السنه السادسة وبذلك يتم ذكر تاريخ الجمعية من يوم نشأتها الى تاريخ صدور هذا العدد من المجلة ومنه يتضح للقارئ الكريم ان الجمعية لم تظهر من النشاط ما اظهرته في بدء تكونها وجميع الاعمال الخيرية والمباحثات الفنية المفيدة انما تمت في سنتها الاولى وكان ينبغي ان نرى منها من الاعمال اضعاف ما كنا نشاهده منها وهي في مهد تكونها وذلك تبعا لسنة النشوء والارتقاء ووفقا لما اوصي به مؤسسها وكاني به قد ادرك ما عسى ان يؤول اليه حال الجمعية فألح بوجوب التذرع بالصبر والسعي الى الامام ببطء ووثوق ولا نعلم بماذا نعلل وقوف الجمعية عن العمل وامتناع معظم الاعضاء من حضور الاجتماعات حتى ان الجمعية قد اضطرت في اجتماعها الاخير ان تعطل الجلسه لعدم حصول الاكثرية الكافية انعلل هذا الجمود باعتزال البريطانيين نوعاما عن هذا العمل والقائهم اياه في عهدتنا ام نعلل ذلك بعدم معرفتنا

للواجب فقد لاحظنا ان اغلب الحاضرين في جلسات الجمعية هم الانكليز انفسهم في حين اننا نحن اولو الشأن في هذا الامر نتملص من الواجب فالى الاعضاء الكرام ازف هذه الكلمات راجيا من حضراتهم ان يمعنوا النظر في حالة الجمعية الحاضرة وبعلموا ان الجلسة الماضية قد ارجئت لانه لم يحضر من الاعضاء عدا اربعه ثلاثة منهم بريطانيون وفي هذا كفاية لجلب انظار الاعضاء المحترمين • ونحن لسنا بعائدين الى هذا الموضوع مرة اخرى وكلمتنا الاخيرة ان الجمعيات الطبية في العالم سائرة نحو التقدم بكل جد ونشاط ومعظم المباحث العلمية الجديدة والمكتشفات العصرية انما هي محصول سعيها وهناك الالوف من امثال هذه الجمعيات كلها تسير الى الامام بدون توقف • فاذا نحن احجمنا عن تخصيص ساعة من الزمن في كل شهر لحضور الجلسات فذلك يدل على عدم رغبتنا في مثل هذه المشاريع وهذا مالا نود ان يكون •

جلسات الجمعية

انتهت جلسات الجمعية لسنة ١٩٢٥ — ٢٦ في تشرين الاول ١٩٢٦ وقبل ان تستقبل الجمعية عامها الجديد يعقد عادة اجتماعين بعد اتمام اعمالها السنوية العلمية الاول، اجتماع سنوي يشترك فيه جميع اعضاء الجمعية • يلتئم في نهاية السنة لانتخاب هيئة تنفيذية جديدة للعام المقبل والثاني ، اجتماع خاص بالهيئة التنفيذية الجديدة يعقد لتقرير منهاج المأدبة السنوية التي تقام في نهاية كل عام وترتيب منهاج الخطب التي تلقى في خلال العام الجديد • وقد تم انعقاد الجلستين المذكورتين واقيمت المأدبة السنوية وها نحن نذكر للقراء خلاصة ماجرى :

الاجتماع السنوى لسنة ١٩٢٥ — ٢٦

كان هذا الاجتماع خامس اجتماع سنوى عقدته الجمعية منذ تاسيسها ، وقد التأم مساء ١٨ تشرين الثاني ١٩٢٦ في مكتبة الجمعية الطبية البغدادية في المستشفى الملكي واهم ماتم فيه انتخاب الهيئة التنفيذية الجديدة فكانت نتيجة هذا الانتخاب كما يلي :

للرئاسة	الدكتور سامي بك شوكت
نيابة الرئاسة	« وودمن
السكرتارية	« هاشم الوتري
امانة الصندوق	« ابراهيم عاكف الآلوسي
امانة المكتبة	« توفيق رشدى
عضوية اللجنة التنفيذية	الدكاترة حنا بك خياط هاليتان ، دانلوب •

وبعد ان انتهى الانتخاب قدم الرئيس السابق الدكتور دانلوب كرسي الرئاسة الى الدكتور سامى بك شوكت واستمرت الجلسة في اتخاذ بعض القرارات لاعداد المأدبة السنوية واستماع التقرير السنوي الذي يشمل اعمال الجمعية في خلال العام المنصرم •

اجتماع اللجنة التنفيذية

عقدت اللجنة التنفيذية الجديدة اجتماعها في ظهر ٢٥ تشرين الثاني ١٩٢٦ في مكتبة الجمعية وقررت ما يلي :

(١) ان تكون ضيوف الجمعية في المأدبة السنوية مؤلفة من الذوات الآتية : رستم بك حيدر ، الميجر بورديلون ، كورنواليس ، ستاندفورد (رئيس صحة

الجيش البريطاني) رشيد عالي بك (وزير الداخلية) محمود نديم بك الطبقجلي (متصرف لواء بغداد) . نشأت بك السنوي (امين العاصمة) . المستر كامرون (مدير الاوقات البغدادية) . سليم حسون (مدير جريدة العالم العربي) رزوق غنام (مدير جريدة العراق) .

(٢) ان يقترح رئيس الجمعية الدكتور سامي بك شوكت على المائدة شرب نخب جلالتي ملك العراق وملك بريطانيا العظمى وان يقترح الدكتور حنا بك خياط شرب نخب القوات البريطانية في العراق ويجيب عليه الدكتور ستاندفورد وان يقترح الدكتور هاشم الوتري شرب نخب الجيش العراقي ويجيب عليه الدكتور امين بك معلوف وان يقترح الدكتور هيكس شرب نخب الضيوف فيجيب عليه رستم بك حيدر والميجر بورديلون وان يقترح رشيد بك عالي شرب نخب الجمعية الطبية البغدادية فيجيب عليه الدكتور سامي بك شوكت .

(٣) ان يكون منهاج الجلسات للسنة المقبلة على الوجه المدرج في صحيفة خاصة ملحقة بهذا العدد -

المأدبة السنوية

اقيمت مأدبة الجمعية للمرة السادسة مساء الخميس الموافق ٩ كانون الاول عام ١٩٢٦ في نزل مود وقد حضرها ٣٩ عضواً من اعضاء الجمعية مع ضيوفهم وكانت غاية في الابهة والنظام وقد حصلت الجمعية على مودة ضيوفها الذين شرفوها بحضورهم ونالت ثقة الصحافة البغدادية حيث لهجت امهات تلك الصحف بالثناء على مساعي الجمعية المثمرة واطنبت في البحث عن مزاياها وخدماتها الجلى في خلال سنواتها القصيرة فنحن باسم الجمعية نقدم لهم الشكر على قبولهم دعوتها وتقديرهم المساعي الرائعة التي تقدمها جمعية الاطباء لعالم الفن والجمعية سوف تحفظ في تاريخها الكلمات الذهبية التي فاه بها ضيوفها الكرام والمعاضدات الثمينة التي اخذوا على عاتقهم القيام بها لاسيما في امر فتح المدرسة الطبية فالجمهور الطبي العراقي واجياله المقبلة سوف تبجل الشخصيات العظيمة التي مابرحت تصغي الى نداء الجمعية الطبية في كل امر يعود على البلاد بالخير الجزيل .

التقرير السنوي السادس للجمعية الطبية البغدادية
لسنة ١٩٢٥ — ١٩٢٦

بدأت اجتماعات سنة ١٩٢٥ — ١٩٢٦ منذ كانون الاول سنة ١٩٢٤ وكانت الجمعية مؤلفة من (٦٥) عضوا (٥٨) منهم في العاصمة و (٧) في الخارج وقد عاد اخيرا الدكتور فائق شاكر والدكتور محمد كاني الى العاصمة وانضم الى الجمعية في خلال السنة الدكتور شاكر محمدي والدكتور روبين والدكتور رئەریخ راوبه شك والدكتور ماكلاودو الدكتور ماكرجي والدكتور ساموئيل بايس فاضحى عدد الاعضاء الموجودين في العاصمة (٦٥) عضوا اذا اضيف اليه عدد الذين في الخارج وهم (٦) اضحى عدد الاعضاء (٧١) عضوا .

ومما يؤسف له ان الجمعية اضاعت زميلا محترما وهو الدكتور اوهانيان الذي توفي في صيف هذا العام وقد استعفى من عضوية الجمعية الدكتور علي ثروت مدعيا ان احواله الصحية لم تساعد على حضور الجلسات فتبقى من مجموع عدد الاعضاء (٧٠) عضوا في داخل العاصمة وخارجها (١٣) منهم بريطانيون و«٥٦» وطنيون وقد غادر العاصمة السكرتير الدكتور صائب شوكت والكتبي توفيق رشدى وسافرا الى اوروبا لطلب العلم .

هيئة ادارة الجمعية

الرئيس : الدكتور دنلوب

نائب الرئيس : الدكتور سامي شوكت

السكرتير : الدكتور صائب شوكت

امين الصندوق : الدكتور ابراهيم عاكف

الكتبي : توفيق رشدى

الاعضاء الدكتور حنا خياط الدكتور هيكس الدكتور هاشم الوترى .

اعضاء الجمعية

نورد فيما يلي اسماء اعضاء الجمعية الموجودون في العاصمة مرتبين على حروف الهجاء وهم حضرات الاطباء

ابراهيم عاكف الالوسى
ابراهيم المعلوف
ارام زوزواتجيان
اسماعيل الصفار
امين المعلوف
ئەریخ راوبه شبك
بجوشي
بين
ترفيق رشدي
توفيق محمود
تود
جورج حيقاري
جوبانيان
حنا خياط
داود نسيم
دانلوب
دارلينغ
روبين
روزنفلد
رئيسيان
سلمان زكريا
ساموئل اداتو
ساموئل بايس
سامى سليمان
سامي شوكت
ستاوروز
سكندريان
ساندرسن
سبنسر
سليم
سليمان غزالة
شريف عسيران
شوكت الزهاوى
شاكر محمدى
شاكرى محمد
صائب شوكت

صبری مراد	میرزا یعقوب
طوبالیان	مقصود طوبالیان
عبد الرحمن	موشی حسقیل
عبد العزیز محمد	میاس
عبد القادر اسود	نظام الدین
عبدالله اربیلی	نور الله
عزت	نورمن
علي ثروت	نجیب بابك
فائق شاکر	ولاسنا کالالوفا
کوردیان	هیکس
ماکرجي	هالینان
کرابس	هاشم الوتري
ماکلاود	یحي سمیکة
مظفر	
محمد کاني	
محمود ضیا	

واما اعضاء الجمعية الذين في خارج العاصمة فهم «١» احمدشاكر السويدي «٢» افلاطون «٣» توفيق الشهابي «٤» كامل المفتى «٥» شريف الرفاعى «٦» كورتز

المنهاج السنوى لجلسات الجمعية

نوع الجلسة	محل الاجتماع	التاريخ	موضوع المحاضرات	اسماء الخطباء
اعتيادي	مكتبة الجمعيه	٢٣ كانون الاول ٩٢٥	الدقم المادورائيه	الدكتور صائب شوكت
»	»	٢٧ كانون الثاني ٩٢٦	حفظ الصحه من المهد والتربية الاخلاقيه	» سليمان غزالة
»	»	٣١ مارت ٩٢٦	الجبن واسبابه في العراق	» هاشم الوترى
»	»	٢٦ مايس ٩٢٦	نسبة وقائع الامراض في الوبة العراق المختلفه	» هيكس
»	»	٢٩ ايلول ٩٢٦	الهيمواليز والهيمواليزين	» نظام الدين
»	»	٢٧ تشرين الاول ٩٢٦	الكهربائيه في المعالجه الحديثه	» شكري محمد

وقد حذفت من المنهاج محاضرتان اعتذر صاحباها عن القائها لاسباب خاصة وهي ر١١ الامراض فى العراق قديما وحديثا للدكتور داود نديم (١٢) وحفظ الصحه والمدارس للدكتور حنا بك خياط .

وخلاف ذلك فان مواد المنهاج قد انجزت على مايرام

فمن الواجب ان اسوق للخطباء المحترمين اعظم الثناء على ماتكبدوا من المشاق في سبيل خدمة الجمعيه ولا بدلي من اسداء الشكر الجزيل لادارة المستشفى الملكي واطبائها لعنايتهم بعرض الحادثات المرضيه المفيدة والتحاضير المجهرية والصور الشعاعية التي اكملت مساعى الخطباء واضافت الى الاجتماعات فوائد عملية جزيلة . واعترافا بفضلهم اذكر هنا اهم ماعرضوه على الجمعية من الحادثات المرضية

١ عرض الدكتور صائب شوكت مريضا مصابا بالرعام في اجتماع كانون الاول سنة ٩٢٥

٢ عرض الدكتور دانلوب حادثة پورپورا هيموراجيكا وعرض الدكتور ابراهيم عاكف الالوسي حادثة داء الفيل ناشئه عن مرض البلهارزيا وذلك فى اجتماع مايس ٩٢٦

٣ عرض الدكتور عبد الرحمن مريضا مصابا بكيس ديداني في عينه اليسرى وعرض الدكتور جورج حيقاري مريضا مصابا بفتق النخاع الشوكي وعرض الدكتور ابراهيم عاكف الالوسي حادثة فلج العصب المحرك الوحشى للعين ناشئ عن صدمة في قاعدة الجمجمة وذلك في اجتماع تشرين الاول ٩٢٦

وهناك حادثات مرضية عديدة اخرى قد عدلنا عن ذكرها مكتفين بما ذكر دليلا على خدمة المستشفى الملكى للجمعية الطبية بعرضها تلك الحادثات التي دارت حولها مناقشات علمية على جانب عظيم من الفائدة واملنا في المستقبل ان يتسع نطاق هذه الحركة العلمية وتخرج من دائرة المستشفى الى ساحة المشاهدات الطبية التي تعرض على انظار زملائنا اعضاء الجمعية المحترمين في عياداتهم الخاصة فيعملوا على تنشيط تلك الحركة المباركة التي اسست الجمعية من اجلها .

كيفية المواظبة

على حضور الاجتماعات

اورد فيمايلي : مجموع الاعضاء الذين حضروا جلسات الجمعية في خلال السنوات الثلاث الاخيرة :

السنة	تشرين الثاني	كانون اول	كانون ثاني	شباط	مارت	نيسان	مايس	تموز	اغستوس	ايلول	تشرين اول
٩٢٣_٢٤	١٧	١٥	١٩	٢٢	١٦	١٩	١٣	١٠	١٥	١٢	٠٠
٩٢٤_٢٥	١٩	٢٣	٢٠	٢٢	١٩	١٥	٢٤	١٥	٠٠	١٩	٠٠
٩٢٥_٢٦	٠٠	١٦	١٤	٠٠	١٧	٠٠	٢٠	٠٠	٠٠	١٢	١٥

فيتضح من هذا البيان ان عدد الاعضاء الذين حضروا جلسات السنة الحاضرة اقل مما هو في السنين الماضية وهذا مايدل على اهمال الاعضاء المحترمين واجباتهم نحو الجمعية وهي لاتطلب منهم سوى ساعة من الزمن يشرفونها بحضورهم مرة في كل شهر ولا اود ان اذكرهم باكثر من ذلك لانني وجدت ان العتاب الذى وجه الى حضراتهم فى السنة الماضية لم يجد نفعا فتركنا امر الحضور للاجتماعات وعدمه على عواتقهم وهم ادرى بما في ذلك من التبعة تجاه الغاية المنشودة من تاسيس الجمعية

المأدبة السنوية

اقيمت المأدبة السنوية في نزل كارلتون مساء الخميس الموافق ١٠ كانون الثاني ٩٢٥ نحو الساعة الثامنة ونصف زوالية مساء وحضرها الضيوف الاتية اسماؤهم :

١ رستم بك حيدر سكرتير جلالة الملك المعظم
٢ الميجر بورديلون سكرتير فخامة المندوب السامي
٣ نشئت بك السنوى امين العاصمة
٤ حكمت بك سليمان وزير الداخلية
٥ ناجي شوكت متصرف بغداد
٦ غروب كابتن هاردي وولس مدير صحة الجيش البريطاني في العراق
٧ المستر كامرون مدير جريدة الاوقات البغداديه
٨ سليم حسون مدير جريدة العالم العربي

وحضر في المأدبة ماعدا هؤلاء الذوات ٣٥ عضوا من اعضاء الجمعية الطبية البغدادية برئاسة الدكتور دانلوب رئيس الجمعية المذكورة

ميزانيه الجمعية لسنة ٩٢٥—٩٢٦

المصروفات

آنه ربيه	
٨٧٦	اجرة الضيافة السنوية
٢٥	اجرة طبع برنامج الضيافة
١٠٠	اجرة طبع العدد الاول للسنه الثانية من المجلة الطبيه البغداديه
١٣٠	اجرة الخادم عن ثلاثة اشهر
٢	قيمه بطاقات لاجل الضيافه
١١٣٣	المجموع

الواردات

آنه ربيه	
٥٢٨	الباقي في البنك من السنه الماضيه
٥١٠	مجموع الاشتراكات في الضيافه من ٥١ عضو بحساب ٢٠ ربيه من كل عضو
٦٨٠	مجموع الاشتراك في الضيافه من ٣٤ عضو بحساب ٣٠ ربيه من كل عضو
١٧١٨	المجموع

١٧١٨	الواردات
١١٣٣	» المصارفات
٥٨٥	الباقي في صندوق الجمعيه

ميزانية مكتبة الجمعية لسنة ٩٢٥ — ٩٢٦

التاريخ	الواردات	المبلغ	التاريخ	المصروفات	المبلغ
					آنه ربيه
					٢٥
		آنه ربيه	٢٥،٢،٧	صرفت من قبل الكتبي	٢٥
١٩٢٥	الباقي من السنة الماضية	١ ٣٨٥	٢٥،٣،٢٢	»	٥٠
١٩٢٦	من بدلات الاشتراك	٥ ٢٥١	٢٥،٥،١٦	»	١ ٢٥
			٢٥،٦،٢١	»	٥٠
			٢٥،٧،١٤	»	٢٥
			٢٥،٧،٢٥	»	٢ ٥٠
			٢٥،١١،١٧	كتاب الطب العربي	١٨
			٢٦،٩،٢٨	للموازنه	٣ ٢٦٨
					٣ ٣٦٨
		٦ ٦٣٨			٦ ٦٣٨

١—ملخص التقرير السنوي

لمديرية الصحة العامة

قد ذكرنا في العدد السابق صدور هذا التقرير ولم يتسع لدينا الوقت لنشر مجمل يحتوي على اهم ماجاء فيه وقد تصفحناه الان فوجدناه مما لايستغني كل طبيب عراقي عن قراءته لانه يوقف القارئ على مساعي هذه الدائرة النشيطه و يطلعه على اعمال المؤسسات الصحية المنتشرة في انحاء القطر والامراض المتسلطة على بعض المناطق والطرق المتخذة في مكافحتها ومعلومات فنية اخرى مما يحسن بكل طبيب عراقي الوقوف عليها ولما كان التقرير ضافٍ جداً ولا يتيسر لكل طبيب الحصول على الزمن الكافي لمطالعته بكل حذافيره فقد رأينا ان نجمل فيما يلي اهم ماجاء فيه لنكون قد خدمنا القراء في هذا الامر ·

يبحث هذا التقرير عن شؤون الصحة العامة في خلال سنتي ١٩٢٣ — ٢٤ و ١٩٢٤ — ٢٥ و يقع في ٢٣٨ صفحة وقد قسم الى سبعة فصول · و يبحث الفصل الاول في ميزانيه الصحه العامه واما الفصل الثاني فيبحث

في التشكيلات الصحيه واليك مجمل ماجاء فيه :

(١) درجات الاطباء :

تقسم درجات الاطباء الى خمس درجات : الاولى وتمنح لمديريه الصحه العامه ومفتشيتها والثانيه وتعطى لمن يتولى مديريه احدى المعاهد الفنيه او التدريس الطبي او رئاسه الصحه في الالويه • والثالثه وهي تعطى لمديريه المستشفيات او معاونيه تلك المديريات او الاختصاص في احدي وظائف المستشفيات • والرابعه وهي تعطي لمن يتولى الطبابه المركزيه والطبابه البلديه في مركز اللواء وطبابه المخافر وحراسه المستشفيات • والخامسه وهي تعطي لمن يقوم بطبابه البلديه في الاقضيه وطبابه المكاتب والسجون •

(٢) المجلس الصحي العالي :

ينظر المجلس الصحي العالي في الامور الاداريه كالمسائل الاداريه التي يعرضها مدير الصحة العام لطلب مشورته فيها وترشيح كبار المأمورين الصحيين العراقيين وحفظ النظام بين موظفي دوائر الصحة والنظر في مسائل الاداب وسوء التصرف في ممارسة المهنة الطبية • وفي الامور الفنيه كالنظر في لوائح القوانين والتعليمات التي تقترحها مديرية الصحة العامة والمسائل الفنية الاخرى التي لابد لمديرية الصحة العامة لطلب الاستشارة فيها حتي يقتني احداث المدرسة الطبية ويجتمع هذا المجلس مرة في كل شهرين ويتألف برئاسة وزير الداخلية من كبار مأموري الصحة •

(٣) الاطباء والصيادلة الموظفين في مديرية الصحة العامة •

يوجد في خدمة المصلحة الصحية العراقية « ٦٩ » طبيبا « ٢٥ » منهم بريطانيون و « ٧ » هنود • واما الصيادلة الذين في خدمة الصحة العامة فهم ٤٣ صيدليا • وهناك ١٣ ملقحا و٧٩ مضمداً و٧٣ ممرضة يشتغلن في مؤسسات الصحة العامة •

الفصل الثالث

يحتوى هذا الفصل على المعاهد الفنيه وهي :

١ — المختبر المركزى ومقره المستشفي الملكى في العاصمه ومن جملة اعمال هذا المختبر المفيدة استحضارة ٢٠٠٠٠٠ جرعه من مصل الهيضه عند استيلاء هذا الداء في عام ١٩٢٣ وقد قام هذا المختبر في خلال سنه ١٩٢٣ — ٢٤ بفحص ٩١٨٨ مادة لاغراض فنيه متنوعه •

وقد اوفدت مديرية الصحة العامة مديره الدكتور ميلس للقيام بالتتبعات في معهد باستور وذلك في عام ٢٥ — ١٩٢٤ وقد قضي في ربوع الهند بضعة ايام بعد ان شاهد طرز العمل في المختبر السريرى في بارل ومعمل المصل الامبراطوي لحكومة الهند في كلكتا

(٢) معهد داء الكلب : نقل معهد داء الكلب في عام ١٩٢٣ من محله القديم في المختبر المركزى الى بناء المستشفي الملكي وقد راجع هذا المعهد خلال سنتي ١٩٢٤و١٩٢٤ للكشف والمداواة ٣٩٤ شخصا واستحضر هذا المعهد خلال سنة ١٩٢٣ مقدار ١١٨٠٠ سنتميترا مكعبا من اللقاح ضد داء الكلب

« ٣ » معهد اللقاح ضد الجدرى نقل هذا المعهد من العمارة عام ١٩٢٣ وعهد بادارته الى الفاحص السريرى الذى تسلم في الوقت عينه من المذخر الطبي الملكى اعمال توزيع جميع انواع المصول واللقاح للمؤسسات الصحيه في القطر •

يستحضر هذا المعهد لقاح الجدري من العجول التي يقدمها متعهد خاص ويستخدم في تحضيره لقاحين احدهما من معهد للمصل التلقيحي في بلجيكا وقد استحضر المعهد من اللقاح عام ٢٤—١٩٢٣ ٢٧٦٨٥٠ زرقة •

«٤» معهد اشعة رونتكن: يقوم هذا المعهد في المستشفي الملكي في العاصمة وقد استكمل جميع العدد التي يحتاجها البحث الشعاعي والمعالجة به واعماله في خلال سنة ١٩٢٣ هي انه اجري التداوى بالشعاع ل ٢٨٣ مريضا وعالج بالكهربائية ٣٨ مريضا واجرى الاستكشاف الشعاعي والرسم الشعاعي ل ٩٣٩ مريضا وفي عام ١٩٢٤ كان العدد الاول ٣٢٩ والثاني ٣٧ والثالث ٩٥٩ ويقوم بادارة هذا المعهد الدكتور نورمن •

« ٥ » المختبر الكيميائى : نقل هذا المختبر من بنائه الكائن على ضفة دجلة اليمنى الى احدى ابنية المستشفى الملكي في بغداد وتسلمت البناية المذكورة ادارة المعارف واقامت فيها دار المعلمين ويقوم بادارة المختبر المستر باست ومن اعمال هذا المختبر في خلال ١٩٢٥ — ١٩٢٤ انه انجز ٦٧٥ بحثاً كيماويا ١٣٤ منها لدائرة الصحة والشرطة و ٣٨ للاشغال العمومية والرى و ٣٧٤ للسكك الحديدية و ١١٥ للكمارك والمكوس و ٨ لدوائر الحكومة السائرة و ٦ لجيش اللوى •

وتقسم انواع النماذج المهمة التى نظر فيها المختبر عَلَى الوجه التالي :

« ١ » تحرى السموم في الاحشاء ونموذجات بشرية تجرى المختبر الكيميائي ٢٠ من هذه النماذج ويطلب المختبر لاكمال مساعيه في هذا الخصوص معلومات صريحة كافية حول حادثة التسمم وقد وضعت دائرة الصحه العامه نموذجاً للتقرير الطبي الذي يجب العمل به في المستقبل وهو يزود المختبر بجميع المعلومات التي ترشد الفاحص تمهيديا الى البحث •

« ٢ » تحرى السموم في الادويه والاطعمه وغيرها ، يشمل هذا القسم الادويه وانواع المزيج التى يعطيها المتطببون والمأكولات والمشروبات التى تقع بها حوادث التسمم وقد اجري الفحص الكيماوى في ٢٠ نموذج منها واشهر المواد السميه التى وجدت فيها كان الزرنيخ ومستحضرات الزئبق •

« ٣ » تحرى البقع الدمويه في الثياب وغيرها من المواد الملوثه بالدم : فحص المختبر ماعدا الثياب اشياء اخرى ملوثه بالدم كالخناجر والسكاكين وما اشبه ذلك وكان عدد الفحص من هذا القبيل ٤١ وكان يرمي بهذا الفحص الى تفريق دم الانسان عن دم الحيوان والطريقه الوحيدة التى يستعملها المختبر لهذا الغرض هى طريقه (تيشمان) التى يستحصل بها الهيمين باستعمال الجاوك والبنزيدين •

« ٤ » تحليل مياه محركات القطار : وفيها نموذجات من المراجل ، تعتبر هذه الاشغال اهم مايقوم به المختبر من الاعمال نحو دائرة السكة الحديديه وقد اجرى المختبر في خلال السنه تحليل ٣١٠ انموذجاً من المياه التى توضع في داخل المراجل لاستحصال البخار والمرجل هو اثمن شيء في المحرك البخارى والغازات والاملاح الموجودة في الماء هي من اهم مسببات سمول (١) المرجل مباشرة ام بالواسطه

(١) (سمل — سمولا) الثوب: اخلق ولكن (سمل) الحوض او المرجل : لم يخرج منه الا الماء القليل •

والماء الذي يحتوي على هذه المواد لايصلح للاستخدام في مثل هذه الاغراض ولذلك طلبت دائرة المحركات في السكة الحديدية العراقية اخذ نماذج المياه لكي يتمكن المختبر من الوقوف على اصلحها فتبين بنتيجة التحليل ان مياه شط العرب رديئه للمراجل لان تركيبها يتبدل يوميا من جراء المد والجزر وتستلزم تعاملات مختلفه لجعلها قابلة الاستعمال واما باقي المياه العراقية فمنها ماهو جيد ومنها ماهو قابل للاستعمال ·

« ٥ » الاشغال العمومية وامتحان مواد البناء المحلية : يفحص المختبر الكيميائي المواد المحلية التي تستعمل للبناء كالطابوق والجص والبورق وانواع الزفت و يبحث فيها بحثا كيمياويا وطبيعيا وقد بدأ بذلك منذ عام ١٩٢٣ وغرضه من ذلك تعيين تركيب تلك المواد والبحث في اصلاح طريقة احضارها والتحقيق عن امكان عمل حاصلات جديدة من المواد الموجودة ·

« ٦ » المشروبات الكحولية والصبغات والعطورات : يقوم المختبر بتحليل هذه المواد لمعرفة قوة الكحول الموجود فيها وقد اتضح للمختبر ان القوة الكحولية في المشروبات وخاصة الوسكي ضعيفة جداً لاتتجاوز درجة كحوله ٢٣ بالمائة وقد اجري ذلك عمدا من قبل التجار بالاتفاق مع اصحاب المعامل في الخارج تخلصا من رسوم الكمرك ·

« ١١ » ماء الشرب : يطهر ماء المدينة عادة بالكلورين ولم يزل كذلك وقد تبين من تقرير مدير المختبر السريري بان درجة التطهير كانت كافية وهناك خمس مضخات لاسقاء المدينة وهي كائنة في باب المعظم وخضر الياس والميدان والصبغة والباب الشرقي وجسر مود · والمختبر ينظر في تركيب المياه التي تسوقها هذه المضخات ·

٦ · مدرسه الصيدلة:

دخلت هذه المدرسة من طورها الابتدائي الى طور اكمل و يتولى التدريس فيها الذوات الاتية : المستر بنسون (مدير المدرسة ومعلم فن الصيدلة) المستر باست (معلم التطبيقات الصيدلانية) المستر ريموند (معلم الكيمياء والمستحضرات الطبية) ومنشى افندى حيا (معلم دستور الادوية) والدكتور سامي شوكت وهاشم الوترى (لتعليم القوانين الصيدلانية بالمناوبة) ·

وتتكون المدرسة من صفين (١) الصف المبتدئ (٢) الصف المنتهي · ولا يقبل الى الصف المبتدئ الا الذين قد حازوا الشهادة من المدارس الثانوية اوما يعادلها من المدارس الاهلية والمستحضرون الموظفون في المؤسسات الصحية العراقية · وهناك شروط اخرى ينبغي ان يحوزها الطالب للدخول الى المدرسة فاذاحازها وجب عليه تقديم صك يتعهد به خدمة الحكومة العراقية بصفة صيدلي في احدى مؤسسات الحكومة الصحية مدة سنتين حسب رغبة مديرية الصحة العامة ·

وقد نال الاجازة من هذه المدرسة (١٣) صيدليا في عام ٢٤—١٩٢٣ (٦) صيادلة في عام ٢٦— ١٩٢٥

٧ الجمعيات الطبية: يوجد في القطر العراقي ثلاث جمعيات طبية (١) الجمعيه الطبيه البغداديه (٢) الجمعية الطبية الموصلية (٣) الجمعية الطبيه البصرية · ولاحاجة لتلخيص اعمال الجمعية الطبيه البغداديه في عام ٢٤—١٩٢٣ اذ انه ورد ذكرها عند البحث عن تاريخ هذه الجمعيه في غير هذا المكان واما الجمعيه الطبيه الموصليه في عام ٢٤—١٩٢٣ فكانت هيئتها

الاداريه مؤلفه من الرئيس الدكتور باترسن ونائب الرئيس الدكتور داود جلبي والسكرتير الدكتور عبدالله قصير · وتتكون اعضاءها من ٢١ عضو وقد القيت في جلسات الجمعيه خلال السنه ٨ محاضرات علميه وعالجت مواضع اداريه منها مسئلة منع الطبيب من اتخاذ الصيدليه محلا لعيادة مرضاه فقر رأيها على عدم منعه بشرط ان يكون المريض حرا في ابتياع العلاج من اي صيدليه كانت وقرر ايضا ان يمنع الطبيب من تشغيل صيدليه براس ماله او يستأجر صيدليا لذلك واقترحت الجمعيه بفصل الامور الصحية عن البلدية وربطها بادارة الصحة رأسا · وقد تبدلت الهيئة الادارية في عام ١٩٢٤ فكان الرئيس الدكتور وودمن (رئيس الامور الجراحية في العاصمة في الوقت الحاضر) ونائب الرئيس الدكتور فتح الله ساعاتي والسكرتير الدكتور بشير مرسم ونقص عدد الاعضاء من (٢١) الى (١٨) عضو بسبب سفر بعض الاعضاء الى العاصمة كالدكتور حنا زبوني و يحيي صميكة · وقد عقدت الجمعية في خلال هذه السنة ١٠ جلسات علمية واهم مقرراتها الادارية (١) نشر مايفيد الاهلين من الخطب التي تلقى في الجمعية (٢) تدوين الطب الخرافي الذي تعمل به العامة (٣) طلب تاسيس مختبر سريري مجاني ومراقبة المتطببين و بائعي العقاقير ·

واما الجمعية الطبية البصرية فكانت لجنتها التنفيذية في عام ٢٤ — ١٩٢٣ مؤلفة من الرئيس (الدكتور بوري) ونائب الرئيس (الدكتور رامي) والسكرتير (الدكتور عبدالله برصوم) وامين الصندوق (الدكتور بهجت مسيح) وكانت اهم مباحث الجمعية خلال السنة كمايلي: « ١ » حذت الجمعية حذو الجمعية الطبية البغدادية فقررت منع الطبيب من احداث صيدلية خاصة به وعدم سماحه باتخاذ الصيدلية محلا لعيادة مرضاه « ٢ » محاربة الهيضة بالنشرات الصحية التي تنور الجمهور في امر الوقاية منها وقد اقامت الجمعية اول مأدبة سنوية في نزل عراق بالامس دعت اليها ٤٠ من الموظفين واشراف المدينة · وعقدت جلسات فنية عديدة ·

الفصل الرابع

يبحث هذا الفصل في المؤسسات الصحية العراقية والى القارئ بيان هذه المؤسسات : تتألف هذه المؤسسات من المستشفيات الملكية وما يتعلق بها من المستوصفات والمستوصفات المستقلة ·

« ١ » المستشفيات الملكية : تقسم هذه المستشفيات الى ثلاث درجات المستشفيات من الدرجة الاولى وهي التي يتجاوز عدد سرر كل منها المائة سريرا · والدرجة الثانية وهي في اغلب مراكز الالوية و في كل منها ما لايقل عن ٣٠ سريرا · والدرجة الثالثة واغلبها احتياطية وضعت في الاماكن البعيدة عن المراكز الكبيرة للقيام بالامور الطبية العاجلة ·

والمستشفيات الملكية « ٢٣ » مستشفى ٦ منها من الدرجة الاولى و ١٠ من الدرجة الثانية و ٦ من الدرجة الثالثة ·

« ٢ » المستوصفات المستقلة · يوجد في العاصمة و في كثير من الاقضية من هذه المستوصفات التي تعالج المرضى « على الرجل » و يبلغ عددها العشرين وقد ورد الى هذه المستوصفات في عام ٢٤ — ٩٢٣ « ٣٩٧١٢١ »

مريضا وصار عدد هذه المستوصفات ٢٩ مستوصفا في عام ٢٥ — ٩٢٤ وقد ورد الى هذه المستوصفات في هذا العام « ٤٩١٢١٥ » مريضا .

« ٣ » المستوصفات الملحقة بالمستشفيات : يوجد من هذه المستوصفات ٢١ مستوصفا قد عاينت فى عام ٢٤ — ٩٢٣ (٤٧٨١٧٦) مريضا وقد ارتقى هذا العدد في عام ٢٥ — ٩٢٤ الى « ٥٧١٠٥٦ » مريضا .

للبحث صلة

ملخص اعمال ادارة صحة العاصمة

في خلال تشرين الاول ، تشرين الثاني ، كانون الاول

عام

١٩٢٦

مأخوذ من تقاريرها الشهرية

***

الولادات والوفيات

ولد في بغداد في خلال هذه المدة (١١٠١) طفلا وتوفي (١٣٣٢) شخصا فكان معدل الولادات المسجلة ١٧،٦ بالالف سنويا ومعدل الوفيات المسجلة (٢١،٥) بالالف سنويا . وقد بلغ مجموع وفيات الاطفال الذين بين السنة والخمس سنوات من العمر (٥٨٥) وهو مايزيد على النصف من جميع الوفيات

الامراض السارية داخل العاصمة :

الملاريا (٧٥) السل الرئوي ٥٣ . الحصبة ٢١ . الجدري ٦ الخناق ١٤ . الانفلوانزا ٨ . الحمرة ٣ . الزحير ٧ . الحمى النفاسيه ٠١ البلهارزيا ٣ . الحمى التيفوئيديه ١٠ . جدري الماء ١ . التهاب الكمفة ١ . الجمرة الخبيثة ١ .

اشغال مستوصف الامراض الزهريه :

اجري الكشف الطبي في خلال الثلاثه اشهر الاخيرة على (٥٠٩١) مومسه مع راقصة وكان عدد تطعيم السالفرسان ٢٢ . وعدد حقن الزئبق ٩٩ . وقد ارسل ١٠ مريضات الى مستشفى الاعتزال للمعالجة وارسل ١٣٣ تحضير من افرازات المجاري التناسلية والبولية الى المختبر السريري لاجل البحث البكتريولوجي فكان ٦٩ .٨ موجبا

وقد بلغت واردات المستوصف خلال هذه المدة ٣٧٢٠ ربية اطغال الصيادلة والكشف على المستخدمين الخ

١ ـ قد اجري الكشف الطبي في مركز الدهانة والكرخ على (٢٠٤) شخصا من ارباب الحرف والصنائع وقد بلغت واردات الفحص ٩٢٢ ربية و ١٢ انه

قد صنعت خلال الثلاثة اشهر في ٢٧ صيدليه ٤٨٤٨٤ وصفة اعطيت من قبل ٨٧ طبيبا وبلغت اثمان هذه الوصفات ٢٩٤٧١ ربية فيكون معدل ثمن كل وصفة ١٠ آنات تقريبا وكان النصيب الاوفر من تحرير هذه الوصفات لاربعة اطباء .

وقد صودق في خلال تشرين الاول ٩٢٦ على استيراد ١١٩ قائمة ٨٣ منها لاصحاب المستودعات الطبية و ٢٩ للصيادلة وقد اغرم التاجر نسيم مير حكاك في محكمة جزاء بغداد بثلثمائة ربية لاستيراده ادوية بدون اجازة من السلطة

الصحيه وقد اجيز في خلال هذا الشهر لاسحق اسحيق ان يتعاطى تجارة الاجزاء الطبية .

تجهيز الماء :

جهز لاهالي بغداد تقريبا ١٥٣ جالون من المياه في خلال الثلاثه اشهر اى على وجه التقريب ٧ جالونات لكل شخص يوميا ١٨٠ جالون شهريا

وقد حلل ماء دجلة الغير مطهر بالكلورين ووجد ان معدل مجموع الجسيمات العضوية التي يحتوي عليها ١ س م٣ في شهر تشرين الاول ١٩٦٠٠ وفي شهر تشرين الثاني ٢٢٤٠٠٠ وفي شهر كانون الاول ٥٥٠٠٠

وقد حلل خلال الثلاثة ١٠٤ نموذج من الماء المطهر بالكلورين فتبين ان معدل مجموع الجسيمات العضوية التي يحتوي عليها ١ س م٣ يساوي ٣٦ جسيمة

تقرير مستشفى الاعتزال :

الباقون في اول تشرين الاول	الداخلون في ثلاثة اشهر
٥٣	١٨٧

المتوفون في هذه المدة	الباقون في آخر كانون الاول
٣١	٤٧

تقارير المستشفيات الخصوصيه

اسم المستشفى	الداخلون في ثلاثه اشهر	المتوفون	الباقون في آخر كانون الاول
مير الياس	٢٦٢	٦	٥٦
ربيعه خضوري	٥٢	٠٠	١١

تقارير المحجرات :

قد اجري الكشف الصحي في خلال الثلاثة اشهر على ٥٨ باخرة مع ٤٧٦٠ راكب خرجوا من ميناء بغداد فلم يعثر بينهم على اية اصابة من الامراض السارية . وقد وردت الى ميناء بغداد في نفس المدة ٥٤ باخرة تحمل ٣٣١٧ راكبا اجري الكشف على تلك البواخر وركابها فلم يوجد اية اصابة بالامراض السارية .

التقرير الشهري للواء بغداد عن ثلاثة اشهر ـ

	الولادات	الوفيات	اصابات الامراض السارية
الكاظمية	٥١	٩٦	حصبة ٣ جدري ٨ تيفوئيد ١ خناق ١ التهاب الدماغ ١
الاعظمية	٨٤	٩٤	جدري ٣ نكفة ١ جذام ١ كزاز ١
الكرادة	٢٩	٢٨	السل ٣ التيفوئيد ٢ النكفة ١ الملاريا ٢
بلد			ملاريا ١٢٤ بلهارزيا ١٥ تيفوئيد ١ جدري ١٠

مذكرة عن ذات الرئة

من الممكن ان يكون لذات الرئة علاج خاص ولكننا لم نسمع عنه شيئا الى الان و بالرغم عن جميع التحريات والابحاث والاختبارات العلمية التي اجريت للحصول على واسطة دوائية خاصة لمعالجة ذات الرئة فان هذا المرض لم يزل من اهم عوامل الموت .

وقد التجأ نفر من الاطباء قبل بضعة سنين الى استعمال ضمادات باردة حول الصدر لمكافحة هذا المرض ولكن هذه الطريقة لم تنجح فى تنقيص الوفيات وقد نبذها معظم الاطباء لانها لم تات بالفوائد المطلوبة وقد اتضح اليوم ان اوفق طريقة لمعالجة الداء هي تطبيق الحرارة الراطبة بصورة مستمرة وقد تبين من كشوفات الاطباء المرسلة من جميع جهات العالم ان معالجة ذات الرئة بتطبيق الحرارة الراطبة حول الصدر هي افضل الطرق واصوبها ٠

والانتيفلوجيستين يطمن احتياجات الطبيب فى هذا الخصوص فانه يمنح الصدر حرارة راطبة مستمرة كما انه ينشط الاعصاب المحركة في الاوعية الشعرية والشرايين فتتمدد هذه وتحتقن ثم يزول هذا الاحتقان بواسطة جاذبية الانتيفلوجيستين وبهذه الوسيلة فكان المريض يفصد شيئا من دمه عن طريق الاوعية الشعرية وبذلك تنخفض الحرارة و يزداد نشاط البدن ٠

مذكرة علاجية

الاسم	التركيب	موضع الاستعمال	كيفية الاستعمال
gynopatsin الجينو بوزين	خلاصات المبيض والغدة الدرقية والغدة النخامية ممزوجة بمادة مسكنة للالم وهى السيدو بنزول	١ انقطاع الطمث او تشوشاته ٢ اضطراب الطمث عند البلوغ ٣ اوجاع الطمث ٤ الفقر الدموى عند الفتيات	كلاجتين اوار بعة اقراص في اليوم تؤخذ قبل الطعام و يحسن استعمال الدواء قبل موعد الطمث باسبوع او فى اثناء الطمث
Sirop Brahma شروب براهما	مانتول ، هيروئين ، كودوئين ، سولفو غاياكولات البوتاسيوم ، غريندبلا ، آكونيت	١ التهاب الحنجرة ٢ السعال القصبي ٣ النزلة الانفية ٤ النزلة الصدرية والربو ٥ السل الرئوي	يؤخذ ٤ -- ٥ ملاعق كبيرة واحدة كل اربع ساعات
Uraseptine الاوراسبتين	حامض البنزوئيك ، تيو برومين ، ليمونات التيو برومين ، دي اتيلن امين ٠	١ الرمل والصديد فى المسالك البولية ٢ انواع الامراض البنيوية كالنقريس والحصي والرثية	٤ ملاعق صغيرة في اليوم تؤخذ في قليل من الماء ملعقه كل اربع ساعات
Créosal الكروزال	غاياكول ، كالسيوم حامض الفوسفوريك ٠	١ السل الرئوى والعظمى ٢ السعال ٣ الكساح	يؤخذ من الشروب ١ ـ ٢ ملعقة كبيرة قبل النوم في قليل من الماء

تطلب هذه الادوية من صيدلية العراق

في الشارع العام قرب جسر مود



الطريقة الامينة والمعقولة في معالجة ذات الرئة وفي ضمنها تطبيق الحرارة الراطبة المستمره على جدد الصدر بشكل مضاد للالتهاب

Antiphlogistine
TRADE MARK

الانتيفلوجيستين

يعلي الدوره الدموية السطحية ويسرع اطراح السموم بخواصه الامتصاصيه والتصريفيه والحلوابه وبهذه لوسيلة يوجب انخفاض الحراره بوجه ملائم وخلاف ذلك فان الانيفلوجيستين يزيد في نشاط الدوره الدموية الشعريه وبالنتيجه يريح القلب من زياده الضغط الدموي وبهذه الواسطه يزول الازرقاق وعسره النفس بسرعه

والخلاصه ان المصاب بذات الرئه يجتاز بهذه المعالجه دوره العذاب والالم الى دوره الراحه والهناء وتكون هذه الدوره معلنة بحلول مبدأ النقاهه

هناك اكثر من ١٠٠،٠٠٠ طبيب يستعمل الانتيفلوجستين في ذات الرئه

معمل دانور الكيميائي في الولايات المتحده الاميركيه

الوكلاء في العراق

حسو اخوان بغداد

المجلة الطبية البغدادية
THE BAGHDAD MEDICAL REVIEW

العدد الخامس | السنة الثانية | شباط سنة ١٩٢٧

المقالات الأساسية

بادئة بدء العلوم التشريحية والخلقية وطريقة نشأتها وتطورها

من اقدم العلماء الى فيزال

للدكتور : سليمان غزاله

الدور الاول

ان الظواهر الحيوية كانت تعتبر في الاعصار السالفة من اغمض الاسرار الطبيعية واخفاها علة . وانها مما لا يمكن ان يحيط بها عقل بشرى ولا يبلغ منه ادراك مخلوق . فهي حسب نظرهم تجرى على نظام خصوصي فائق الطبيعة . وهو نظام غير الذي تدور عليه الاكوان الحادية . فليس اذاً من سنن علمى طبيعى يمكن القياس والتطبيق عليه فيها . لان العلة والاسباب العاملة لحادثات الحياة مستحيل ادراكها وغير قابل تعيين ،وضع حصولها . فسموها اذاً بالحيات والروح والنفس الخلقية ... الى غير ذلك من الاسماء لانها مجردة عن الهيولي لا تقع على الحواس ولا دخل او تعلق لها في المواد الالية :

والحالة هذه ان المواد الالية انما هي التي تديرها وتنعشها وهي عمادها وقوامها .

***

اذا نظرنا الى مجموع مجرى الافكار فى امر الحياة نرى بان حتى الجيل الغابر لم يكن قد تقرر امر مما نعلمه الان من علم الحياة .

ان الصينيين والهنود والكلدانيين والمصريين حتى اليونانيين في مبادي تمدنهم . واقول كلهم جميعاً ، وهم فى

اوج العظمة والمقدرة من علم ومعرفة لم يكونوا يتعرضوا لبحث عن تركيب جسم الانسان لاحترامهم جثث امواتهم احترامهم اياها وهي حية . فلم يكن يؤذن او يفوض لاحد مسها الا لغاية تأول لاكرامها .

المصريون

ان المصريين كانوا يفتحون جثث امواتهم لرفع الامعاء منها فدفنها على حدة ، وملء جوف الجثث بالبلسم وباطيب العطور وانفسها .

ان ذلك كان مما يساعد على درس الامعاء وبعض الاعضاء ولكن كان الموظفون فى تلك الاعمال من جهلاء الشعب واحطهم عقلا ومنزلة . فلم يكن لهم مزية او استعداداً للاستفادة العلمية من مهنتهم تلك المحتقرة .

اليونانيون

وكان اليونانيون كذلك يكرمون جثث امواتهم فلم يجسر احد قط ان يمسها حتى بقصد الاستفادة العلمية . فكان علماؤهم وفلاسفتهم يكتفون فيه من ملاحظة اجساد الحيوانات ليقيسوا عليها تركيب الجسم الانسانى .

ولم يكن ذلك بقصد التقدم في علم الحياة والطب ، بل لمحض الاطلاع . ولكن علمهم هذا القاصر فيه الجأ من بعد المتطببين الى الاقتداء بهم . وما ذاك ايضا الا لان الطب كان منحصرا عندهم في اسرة واحدة عديدة الاعضاء وهي : اسرة « الاسكليباذ » التي من اجل ذلك أله الشعب جدها وشيد له فى اكثر البلاد هياكل عظيمة حيث يقبل الاسكليباذيون المرضى لمعالجتهم . وكانوا يعلمون الطب لاولادهم فقط وان دخل في عصبتهم لا غير .

فهيا كل اسكليباذ كانت اذا من جهة معهد المرضى لتلقى الوحى من الالهة لشفائهم ومن جهة اخرى مدارس لتلقين « اسرار » الطب للطلبة .

ان اشهر هذه الهياكل او المدارس كانت مدرسة « كنيد » و « كوس » التي تعلم فيها « بقراط » (هيبوكرات) .

بقراط

ان بقراط عرف في الاجيال المتوسطة « بابي الطب » لانه اول من اشهر هذا العلم والف فيه كتبا . وهذه الكتب كانت ولم تزل من اعظم وانفس ما جاء فى الملاحظات حتى العلوم الطبية ومما بلغ الينا من الاقدمين .

على ان بقراط لم يضع لعلم التشريح كتابا خاصاً . بل انه ضمن ما علمه وتعلمه من ذلك جميع كتبه حسب ايجاب الابحاث .

ولم يتبين ان كان بقراط شرح جثث الانسان واعتمد عليها فى كتبه . لان ما دونه من وصف بعض الاعضاء عند الانسان لا يختلف وصفه مما عند الحيوانات . ومع ذلك انه وان كان وصف وعرف بعض صوره فافعال ومنافع اكثرها كانت قد خفيت عنه .

تخيلات وتصورات بقراط

ومن تخيلات وتوهمات بقراط فى منافع الاعضاء انه يقول : بان الدماغ اشبه شيء بغدة ومنفعتها تخفيف الراس من الاخلاط الباردة المتكونة فيه والمنبعثة بغزارة من اطراف الجسم اليه . فان الدماغ يخرج هذه الاخلاط من

جديد فيفرقها الى الجسم كله بواسطة الاقنية المتصلة فيه من الجسم . وهي الاعصاب .

ان بقراط كان لا يميز بين الاعصاب والاوتار واقنية الغدد و .. ومنفعة الاعصاب عنده كانت كمنفعة الاقنية الدموية : وهذه لتخفيف الترشحات البدنية وتقسيم او اخراج سوائلها واخلاطها الى الخارج .

وهو القائل بان : لاخلاط الدماغ سبعة منافذ وهي : الاذنان ، والعينان ، والانف ، والمعدة ، والاعصاب ، ومن هذه الاخيرة النخاع والشرائين ... وان هذه المنافذ تتصل كلها راساً بالدماغ لتخرج ما فيه من السوائل الباردة . فاذا ما صدف وانخرم النظام المذكور حتى فى شيء منه يحدث الرشح في العضو غير المنتظم فعله . وهو المرض .

وعلى هذا التصور انه بنى نظريا علم الامراض فى كتبه كلها .

ولم يكن يعلم منفعة الرئة ولا القلب ولا الكليتين على انه كان قد تضلع فى معرفة العظام والمفاصل فتقدم بوقته الفن الجراحي والتجبيرى

***

وفى ذلك العصر ليس المتطببين فقط كانوا يتحرون بعض مبادى التشريح فان الفلاسفة اكثرهم كانوا قد انشغلوا وانشغفوا فيه لانهم كانوا يؤملون اكتشاف سر الحياة من معرفة تركيب الجسد ومنهم « ديموقريط » الذي كان يجول فى الامكنة الخالية والمقابر حيث ترمي جثث الحيوانات لكي يتفرغ لتشريح ما يصادف منها حتى ان اهل وطنه ظنوه قد جن عليه فدعوا بقراط لمعالجته ولما حضره هذا وراه مشتغلا بتشريح حيوانات مختلفة سأله : لاى غاية يفعل ذلك ؟ فاجابه ديموقريط : اني استقصى سبب الجنون الذى انما هو ناتج عن مفعول الصفراء

ولا يخفى ان ديموقريط كان زعيم الفلاسفة الماديين العنصريين الذين يقولون : بان لا حركة ولا حياة الا بالمواد القابلة لحصولها . وان النفس بذاتها ان هي الا نتيجة اجتماع واتحاد بعض عناصر الجسم بانواع مختلفة

هاك اخص القواعد المبني عليها المذهب العنصرى : ليس فى الطبيعة الا جواهر فردة ذات اشكال مختلفة منها ما هو مكور ومنها مقرن او مخالبي فما اجتمع من هذه واختلط واتحد يولد اجساما يتوقف نوع شكلها وحجمها وخواصها الجوهرية على عدد وشكل وحركة الجواهر الفردة التى تدخل في تركيبها وحسبهم : ان النفس ذاتها هي جسم مركب من مادة منتشرة اشبه شيء بالعناصر المنتشرة فى الفضاء التى تظهر متلاصقة لعين المحدق الى السماء . فهذه تتحد باجسام الحيوانات فتخولها الحركة وتقودها (١)

فكان ديموقريط يفترض اذا بان النفس المركبة من تلك العناصر المتلاصقة انها ذات حركة وقوة محركة .

(١) ان هذه الاجسام المتلاصقه التى يراها كل محدق الي السماء انما هي خيال كريات الدم التي تجول في الطبقة الشبكية من العين . Le Retine

وهي مركبة من جواهر فردة مكورة كتركيب النار . ولهذا فانها تولد الحرارة في الاجسام الحية

ان هذه النفس المتحركة تستقر فى كل جسم حتى استقرار جسم صغير فى سفينة عظيمة . وانها لا تقدر تفارق وتترك هذا الجسم اثناء لان الحياة النقاة الهوائية التي يملأها على الدوام هواء التنفس يصد النفس عن الخروج

واما كيفية انفعال النفس وفعلها فحسب ديموقريط ان الاجسام التي تلامسنا نحس بها وينبعث منها نوع من القوي او الحركات الحيوية فتدخل اعضاء الحواس من المسامات التي فيها وتختلط بالنفس

وبناء عليه ان كل محسوس لا يمكن ان يكون الا بالملامسة ...

***

ومن بعد ديموقريط اشتغل كثير من العلماء في التشريح ومن اشهرهم وافضلهم « افلاطون » وفضله ليس من اجل انشغاله بتشريح الحيوانات اكثر من غيره بل لانه اقر وعلم بان لا يمكن ان يترقى علم الخلقة وينجح حتي يخرج من الحيز الضيق اى حيز المذهب المادي حيث يحاول حصره به فقط دون غيره اصحاب ذلك المذهب المادي

افلاطون

كان افلاطون كاتبا بليغاً وفيلسوفا وطبيباً فاضلا ولكنه لم يؤلف فى الطب كتابا خصوصيا . اما اراؤه في التشريح والخلقة فانها ترى متفرقة في كتبه كمسائل عارضة استطرادية ومن ذلك فانه يقول بنظر عمومي تصوري عن الانسان ادبيا وماديا هكذا :

ان الجسم الانسانى انما خلق محضا لخدمة العقل حسب غايات واسباب معلومة ... فامتاز فيه الموضع المختص بالقسم الالهى وهو الراس الذي اعطى احسن واكمل شكل طبيعي اعنى: التكوير ووضع مكان من الجسد لان هذا منقاد اليه واوضع منه منزلة .

ولما كان العقل قد اتخذ الراس مقاما له فاقتضى ان يتعين محلا لائقا ومناسبا « للشجاعة » فاعطيت هذا الصدر الذي هو تحت الراس لتكون خاضعة للعقل . ولكن بقيت الرقبة فاصلة حاجزة حذرا من الاشتباس بينهما .

وتعين لقوى النفس الشهوانية محلا اوطى وهي البطن محجوزة ايضا عن الصدر لكى يديرها القلب حسب الاوامر التي يتلقاها من العقل الذى فوقه . هذا ومن جهة اخرى نرى البطن قد اعطيت الهيئة اللائقة والموافقة للغرض المقصود منها . فان الطحال مثلا قد وضع على يسار الكبد لكي ينقى ويطهر الجسم من الاوساخ التي تحدثها فيه الامراض والامعاء تراها كثيرة التعرجات والتثني لكى لاتجتازها الاغذية بسرعة فيتعاقب الجوع والشبع بلا امهال . وحينئذ لايتمكن الانسان من حراثة قواه العقلية التي انما خلق لاجلها .

ان افلاطون كما قلنا كان شاعرا وله ميل طبيعي للتغزل الفلسفي والتشبيه والتمثيل فيما كتب باجمعه حتى بما نقله عن معلمه سقراط . (فانى اثبت عنه ماسبق مثالا من نوع تصوراته وليس لمعرفته وحذقه وحقيقة معلوماته في علم التشريح .

« ارسطوطاليس ٣٨٤ ق . م »

من بعد افلاطون قام ارسطو تلميذه والف كتبا عديدة فى طبائع الحيوان والطب وعلى الاخص في الفلسفة التى اشتهر بها واى شهرة وهذا مادول له بان يكون معلم الاسكندر ومهذبه ورفيقه في فتوحاته فلم يتوفق عالم حتى يومنا هذا لمثل تلك السياحة العلمية ...

ان نتيجة النتائج افضت بارسطو ان يعتبر الحيوان عموما من حيث التضامن والتكافل بانه لايؤلف بجملته الا مخلوقا واحدا .

انه يصنف الحيوانات : اولا من حيث تركيب الجسم والاعضاء قائلا : ان مايتركب منه الجسم عند الحيوان بعضه بسيط كالجلد واللحم والعظام والاعصاب وبعضه كالراس والاعضاء فمن هذه وتلك ماهو موجود عند الحيوانات باجمعها كالقناة الهضمية ومنها ماينقص عند بعضها . ثانيا من جهة كيفية التنفس فمنها ذات رئة ومنها تمتص الهواء رأسا دون واسطة .

ثالثا : نظرا للتولد فمن بيضة أو جرثومة اومن حي صغير

رابعا : الايتلاف ، فمنهم يؤلفون مجتمعا ومنهم متوحدون واخر لايبرحون من مكانهم اى ان بعض البهائم والحشرات الدقيقة الجسم لاتفارق المحل الذي ولدت فيه .

وفي مقابلة الحيوانات فيما بينها يظهر المشابهة والتقارب من بعضها ويقول فيه أن اوطى قسم فيها يشترك بالصفات بين الحيوان والنبات :

ومما لاشك فيه ان ارسطو لم يشرح جسم انسان قط فانه هو بنفسه صرح به قائلا : ان اعضاء الانسان غير معروفة صفاتها منا معرفة حقيقية يعتمد عليها . فيقتضى ان نحكم فيها من المشابهة والمقابلة بينها وبين اعضاء الحيوانات التى يمكننا ان نراها ونفحصها تشريحيا

انه يقسم جسم الانسان الي : راس . عنق صدر يدين رجلين بطن . ولكنه لم يفحص كل عضو بمفرده فحصا خصوصيا طبيعيا بل يتكلم عن الاعضاء نظريا وحسب تصوراته وتخيلاته الخلقية (الفزيولوجية) فانه يقول ان القلب هو المركز الوحيد الذي تخرج منه الاعصاب والشرائين والاوردة وهو مقسوم الى ثلاثة اجواف يتصل كل منها بالرئة .

انه جهل منفعة الدماغ قائلا : ان الدماغ عضو بارد رطب غير حساس لادم فيه ومنفعته تسكين حرارة القلب كما ان التنفس منفعته تعديل وملايمة حرارة الجسم .

واما عنصر الحياة فارسطو يعتقد بان مركزه القلب فان هذا العضو يقذف الى اطراف الجسم تلك الروح بواسطة الشرائين والدم بالاوردة

« النتيجة »

ان ارسطو اتخذ افضل يد عند اهل العلم لاسيما بنجاحه في علم طبائع الحيوان والمقابلة التشريحية بينها على انه شذ فى نظرياته الخلقية لانه لم يستند فيها على ملاحظات الطبيعة لاستنتاج الحقيقة

ان علم التشريح لم يكن اذاً متقدما عند اليونانيين في عهد ارسطو اكثر مما كان عليه في اول زمانهم ان مباديهم فيه لايجدر ان تعتبر اساسا يوضع ويبني عليه علما فلسفى

كان ام تشريحي لانها كلها تخيلية بعيدة عن الصواب والحقيقة

وما صدهم عن اكتشاف شيء فيه الا تعصبهم واكرامهم المفرط لجثة امواتهم وكذا ميل فلاسفتهم الى معرفة كل شيء حدسيا معرفة تخيلية تصورية وهذا ماجعلهم ان يتوغلوا عميقا في النظريات والعقليات تاركين الاستقراء والملاحظات الحسية فساقهم الوهم الى تيه الجدال والضلال

« مدرسة الاسكندرية »

ان مدرسة الاسكندرية الشهيرة تشيدت في غرر الجيل الثالث قبل المسيح تحت ظل البطالسة ملوك مصر وفي مدة قصيرة صارت مركز العلم ومداره ذلك لاسيما في علم التشريح الذى صار يتنافس بمعرفته حتى الملوك الذين صاروا يشمرون في التشريح ودرسه هم بايديهم دون واسطة او ناقل اومعلم

« هيروفيل »

ان اعظم عالم قام من مدرسة الاسكندرية في علم التشريح هو « هيروفيل » الشهير وكان ذلك سنة ٣٤٤ ق م لم يصلنا من تآليفه الا مانقله عنه جالينوس الذي كان يعتبره كاول عالم ويفضله عَلَى جميع من قام من مدرسة الاسكندرية

ان هيروفيل حقيقة له الفضل الافضل ويحق له ان يدعى ابا لعلم التشريح لان مابينه وكتبه ونقله عنه جالينوس لم يزل صحيحا وقد بقي اسمه عليه

ولا يسعنا ان نذكر جميع اكتشافاته وارائه نقول فقط انه اظهر بان الدماغ ليس غدة للسوائل والترشحات بل آلة ومركز الحسيات وان الاعصاب كلها تتصل به • على انه بقي معتقدا بان الاعصاب اقنية

انه عرف من الة البصر طبقتها الشبكية ومن الاقنية الدموية شريان القلب واوردته وكذلك الاقنية اللمفاوية المتصلة بالامعاء فانه باكتشافاته هذه الاخيرة فتح بابا ادت داخليها الى اكتشافات الدورة الدموية •

(ايرازستيرات)

ان ايرازستيرات معاصر هيروفيل ومراقبه • وله ايضا اكتشافات مهمة لاسيما بعلم الاعصاب فانه تحرى الدماغ وبين مفصلا تجريفاته البطنية واشتقاقات الاعصاب منه وتقسيمها في الجسم كله وميز بين ماهو للحاسة منها وما للحركة •

ومن بعد هيروفيل وايرازستيرات توقف نجاح التشريح في مدرسة الاسكندرية لانهم لم يعودوا يتمكنوا من تشريح جثث الانسان واقتصروا فيه عَلَى جثث الحيوانات ودامت الحال كذلك مدة لان جالينوس ينبئنا ايضا بان حتى في ايامه كان طلبة الطب يقصدون الاسكندرية محضا ليدرسوا هيكل عظام انسان بقي محفوظا في مدرستها •

ومن ذلك اليوم ابتدا الجدال بين تقليديين وعلميين في امر علم الطب فاولئك لايرون لاجل التطبيب منفعة من درس علم التشريح وهؤلاء يعتقدون بان لانجاح فيه من دون معرفة تركيب البدن واكتشاف اسرار الخلقة» وكان الجدال في هذا الموضوع عينه دائما ودامت الثرة

باقيه اعصارا فياليت شعري ماكان يقاسي وقتئذ العلميون من اضطهاد اخصامهم اباء الجهل ونصرائه (التقليديون)

علم التشريح في عهد الرومانيين

ولما امتدت مملكة الرومانيين في اسيا وبلاد اليونان دثرت اثار العلم وتعليمه بتحريمها قطعيا عَلَى الاطباء مس جثة انسان للتشريح ولكن رغما عن ذلك قام كثيرون في تلك الاثناء وتخصصوا لعلم تركيب الابدان على انهم لم يدرسوا ذلك عَلَى جثث الانسان بل البهائم ونذكر من علمائهم (سوارس) و (روفس) و (مارينس) الذين عرفناهم مما نقله عنهم جالينوس ان (مارينس) اعتنى خصوصيا بوصف الغدد وتفصيلها ومنافعها ومن ذلك قوله ان من الغدد مايصلح للاقنية كسند يحافظ عَلَى وضعيتها كالطحال مثلا ومنها مايعطي عَلَى الدوام خلطا خصوصيا جديرا ان يبل ويرطب بعض الانسجة في الجسم لتسهيل حركتها وهذه الغدد اشبه شيء باسفنجة لها مسام تخترقها ولكن اكثرها لاتراها العين ولجميعها شرائين واوردة خصوصية فكانوا اذاً وقتئذ يعتبرون الغدد كرشح بسيط تخترق السوائل مسامه

وممن يستحق الذكر منهم ايضا (بولوبس) الذي اشتغل فقط بعلم العضلات لاغير ولكنه اشتهر فيه لانه كان معلم جالينوس •

جالينوس

وفي سنة ١٣١ من التاريخ المسيحي ولد جالينوس الذي ساعده الحظ والتوفيق بان يملك بالاشتراك مع ارسطو مدة اجيال على المدارس والتعليم •

قيل بان جالينوس الف كتبا مايتوف عددها عن الخمسمائة ولكن لم يصلنا الا عدد يسير منها فان اكثرها بيدت بوقتها وزمانها

ومما يستفاد من كتبه الموجودة انه لم يتوفق قط من تشريح جثة انسان واكثر اعتماده كان على السعادين والكلاب فجميع تحديداته وتعريفاته تعتبر مطابقة حقيقية ولكن لتلك الحيوانات لا الانسان •

فلولا بعض الوهم لامكنا ان نقول : بان جالينوس كان قد اصاب في كثير من آرائه ومن ذلك حصول التنفس آليا • وكذا في تفصيله الاعصاب • فانه فرق بين ما للدماغ منها وما للنخاع الشوكى • فعرف من الاولى سبعة ازواج وهي : ١ البصرى ٢ محرك العين ٣ ومايسمى الان :غصن ويلس العيني ٤ الفكي الاعلى والاوطى ٥ السمعي وكذا الشقيقي التوأمي ٦ الرئوي وهو المعدوي معا ٧ اللساني

والاعصاب النخاعية قسمها الى ازواج عنقية ،ظهرية ، خاصرية ،عجزية •

والدماغ الذى يصفه جالينوس ليس الانساني بل دماغ الثور على هيئته وحالته كما يباع في المجزرة • ولكنه يصفه ويفصله تفصيلا كاملا مدققا

وتعمق ايضا في فصل الاقنية الدموية • فماز بين الشرائين والاوردة قائلا : ان هذه تتصل بالكبد الذي هو مركزها وتلك بالقلب في بطينه اليسري منه وفي اليمين تتصل الرئة بواسطة شريانها الخصوصي • فعلى تلك المعلومات بني جالينوس قواعد ارائه الخلقية

انه ذهب بان ثلاث قوي في الحيوان كافلة له في الحياة الاولى مركزها الكبد ؛ والثانية القلب ، والثالثة الدماغ

«فالاولى» تدبير الافعال الطبيعية بالكبد بواسطة الشرائين «والثانية» تدبير الافعال الحيوية بالقلب والاوردة «والثالثة» تدبير الافعال الحيوانية بالدماغ والاعصاب

واما العنصر المحرك لتلك كلها فهو الروح الذي لمسه بالروح واكنه يقتبس من الهواء ايضا .

وقال في الكبد بانه صانع الدم ومهيئه ففيه ينفصل من الدم بخار لطيف وهو الروح الطبيعي الذي ينتقل الى القلب فيختلط معه هواء التنفس فيكون «روحا حيويا» ومن ثمة ينتقل اي الدم الى الدماغ بواسطة الشرائين فيكون روحا حيوانيا توصيله الاعصاب بالجسم كله

كذلك كان جالينوس يعلل الحياة والنفس وهو تعليل تصوري محض لاشيء فيه مما يطابق الحقيقة على انه على علاته كان وقتئذ اقرب للعقل نظرا الى درجة تقدم العلم .

ومما يرجع فضله الى جالينوس وضعه ركنا لعلم الخلقية (علم الغرائز) التجريبية فانه كان يمتحن ويختبر على الحيوانات وهي حية ما كان معروفا مقبولا نظريا

ومن ذلك انه لاحظ بان اذا مافصد وريد حيوان حي ينبعث منه الدم متنبضا فكان يعلل ذلك : بان الدم يدور بالاوردة مختلطا بالروح الحيوية التي تحركه ومما انه قال : بان الدم الشرائيني يمر من جوف القلب الايمن الى الرئة فيكون قد تقرب كثيرا من حل مسألة الدورة الدموية ولكن اذهله عنهما مذهبه بان الدم يتجه الى الرئة ليأخذ العنصر الحيوي . فلم يحط به علمه ولم ينتقل فكره من ذلك التصور الى ان الدم لايرجع القهقري بل ينصب من الرئة بواسطة الشرائين الى جوف القلب الايسر فتكمل دورته . وذلك ايضا لانه كان قد عرف بان الاوردة والشرائين تلتقي ويختلط دمها عند منتهاها الشعري في اطراف البدن لانه كان يخال له بان الدم لايدور بل له في اقنيته حركة النبض يجري الى التنفس

ولجالينوس في كل مطلب من التشريح والفزيولوجية تجربيات واكتشافات وآراء لايساعدنا المجال من ذكرها وكلها صارت قواعد بنى عليها مدار التعليم . وينبوعا منه تقتبس المبادي والاصول ومرجعا اليه المعاد وعليه التعويل مدة اجيال

من بعد جالينوس لم يقم من يستحق الذكر حتى جمع العرب بين السيف والقلم

العلم عند العرب

وعند ما تسلط العرب على الممالك واخضع لهم السيف الشعوب واستتب لهم الامر في كل جهة ومن كل جانب . مالبثوا ان جمعوا بقايا العلم المندثرة فحرثوا حقولها واحيوا اصولها وشيدوا حماها وربوعها . ففاقوا بزمن قصير بكل علم وفن من سبقهم فيه

على ان التشريح لم يتقدم عندهم تقدم غيره فانهم نقلوه عن جالينوس وغيره ، ولكنهم اعطوه وللفزيولوجية اعظم اهمية للتبحر في الطب ولا سيما في فن الجراحة وحسبنا ذكر بعض فطاحلهم العلماء كالرازي وابن رشد وابن سينا والاطباء كبختيشوع وابن حنين .

***

ان من بعد السيف فتح العرب الدنيا بالقلم لان كتب

صارت تترجم الى اللغات وهي المعول عليها في الاقطار جمعاء ان كتبهم ترجمت لاسيما الى اللغة الفرنسوية .

قلت لم يتقدم عندهم علم التشريح لامتناع درسه على جثث الانسان على انهم بل اقول بعضهم كانوا ينتهزون الفرص المناسبة لتحقيق وتنفيذ ما اتخذوه عن جالينوس ومنهم عبد اللطيف البغدادي الذي ذكر عنه بانه كان كديمقريطس اليونان يجول في المقابر لاسيما اثناء الوباء ليفحص الجثث المتروكة ليتحقق ما تعلمه بكتب جالينوس . وبهذه الواسطة انه توصل من اظهار اغلاط كثيرة في تلك الكتب . فلم يعد يتخذ قول جالينوس كآية منزلة في كل تعاليمه وافكاره .

***

وفي تلك الايام كانت اوروبا كلها تارة في تبدلات وانقلابات اخرى في ظلم قصير الامد . فلم تكن تساعدها الاحوال والظروف للتفرغ للعلوم .

واول مملكة من اوروبا نهضت من سبات تلك الغفلة كانت ايطاليا التي صار ملوكها يقدرون العلم والعلماء فاجزلوا العطايا لمن امتاز منهم في اي علم اوفن كان وكذا القول في علم التشريح الذي صار ملوكهم يتفاخرون به ويفتخرون بتقدمه .

***

«موندينو»

من بعد الايطاليين انتشرت العلوم وكذا التشريح في البلاد الاوروبية كلها حيث تشيد في كل منها دار الفنون ومجمع العلوم .

اما نظرا الى علم التشريح خصوصيا وتقدمه عموما في الاجيال ال ١٤ و ١٥ و ١٦ فاول تشريحي اشتهر هو «موندينو» الايطالياني وذلك سنة ١٣٢٥ م

ان «موندينو» هو اول من اقترض بان الدماغ ينقسم الى حجيرات او اوقسام متعددة وهي (مراكز القوى العقلية)

واعظم طالع وفضل (موندينو) هو لانه اول من علم التشريح في اوروبا من بعد مدرسة الاسكندرية على جثث الانسان .

ومما بينه وقاله صريحا : ان اغلب ماراه على جثث الموتى لايوافق ما كتبه جالينوس .

وفي الجيل الرابع والخامس عشر لم يشتهر احد في الفن المبحوث عنه (التشريح) ماعدا (كي كوليكن) في فرنسا والعلم (زربي) في ايطاليا لانهما كانا قد جعلا علم التشريح ركن العلوم الطبية .

وفي الجيل السادس عشر سنة ١٥٢٠ بين العلم (اشيليني) بان النخاع الشوكي ينتهي قبل العجز من الظهر وهو الذي اكتشف عصب الشم وعظيمتين لآلة السمع في الاذن وهما (المطرقة والسندان) مع بيان منافعهما .

ودامت ايضا في الجيل السادس عشر كله كتب جالينوس هي المعول عليها عموما .

وممن اشتهر في ذلك العصر (بيرنكاربو) الذي اتهموه

من تضلعه في التشريح بانه كان يتحرى اجساد الناس ليس فقط الاموات بل الاحياء ايضا كما كانوا قد اتهموا (ارزستراث ! في الاسكندرية .

— —

ومن المعلمين الافاضل نذكر (كونتيه) الذى كان معلم (فيزال) و (سافيوس) الذى كان قد عينه هنري الثاني ملك فرنسا معلما فى التشريح و « دبوا » الذي كان الد خصم لفيزل .

ومن تلاميذ سافيوس خرج (كارلوس ابن) الذى تحرى علم الاعصاب واوضح جميع ما كان مضمرا مغلقا في كتب جالينوس

و (سرفه) الذى احرق ١٥٥٢ من اجل اتهامه بتشريح الموتى وربما الاحياء

الدور الثاني : من فيزال

الى (هرفي) مكتشف الدورة الدموية

(يأتي)

الولادات والوفيات في العاصمة

الدكتور سامي شوكت

ليس هناك احصاء قطعي صحيح لنفوس العاصمة ولذلك لا يعلم ويالاسف بالضبط نفوس عاصمتنا الان حكومة الاحتلال وزعت (٢٥٠،٠٠٠) وثيقة خبز في سنة ٩١٧ — ولذلك اعتبرت نفوس العاصمة (٢٥٠،٠٠٠) (٢٠٠،٠٠٠) منها فى الرصافة و (٥٠،٠٠٠) في الكرخ ومن هذا العدد —

١٨٤٠٠٠ مسلمون
٥٠٠٠٠ يهود
١٥٠٠٠ مسيحيون
١٠٠٠ مال اخري
٢٥٠٠٠٠ المجموع

وقد زادت نفوس العاصمة في التسع السنوات المنصرمة اكثر من ٥٠٠٠٠ نسمة حيث تاسس حول العاصمة ٣٦٨٨ دارا للمهاجرين الارمن والاثوريين والاكراد واذا فرضنا ان في كل دار ٥ اشخاص فيتضح ان عدد نفوس المهاجرين الان هو ١٩٤٤٠ نسمة كما ان نفوس العاصمة تزداد سنويا ٤٠٠٠ شخص كما نرى فيما بعد وهذه الاربعة الاف نسمة تبلغ فى تسع سنوات ٣٦٠٠٠ فيتضح من ذلك ان عدد المهاجرين وزيادة النفوس فقط بلغت فى مدة التسع سنوات المنصرمة ٥٥٤٤٠ هذا اذا فرضنا ان عدد نفوس العاصمة هو حقيقة بقدر عدد وثائق الخبز التي وزعتها حكومة الاحتلال فى سنة ٩١٧ والحال لا يخفى على حضراتكم ان الذين لم يتمكنوا من اخذ هكذا وثيقة او لم يتنازلوا الى اخذها لا بد من انهم يبلغون بضعة الاف نسمة وبناء على ذلك ان نفوس العاصمة هي فى يومنا هذا على اقل تقدير ٣٠٠٠٠٠ نسمة حسب المعدل الاتي تقريبا :

٢١٩٠٠٠ مسلمون
٦٠٠٠٠ يهود
٢٠٠٠٠ مسيحيون
١٠٠٠ ملل اخرى
٣٠٠٠٠٠ المجموع

والجدول الاتى يرينا عدد المسجلين من الولادات والوفيات فى العاصمة خلال تسع سنوات

السنة	المواليد	مجموع بالالف سنويا	الوفيات	مجموع بالالف سنويا	الوفيات مادون الخامسة من العمر
١٩١٨	٢٤٠١	٩،٥	٤٣٧٤	١٨،٥	١٨ ٣
١٩١٩	٢٣٠٢	٩،٢	٥١٤٤	٢٠،٥	١٤٤١
١٩٢٠	٣٤٥٠	١٣،٨	٣٨٨٩	١٥،٦	١٥٨٩
١٩٢١	٢٠٢٢	٨،١	٥٦٦٧	٢٢،٦	٢٩١٢
١٩٢٢	٢١٤٢	٨،٦	٥٧١٣	٢٢،٧	٢٩٦٥
١٩٢٣	٤٩٣٢	١٩،٨	٥٨٠٤	٢٣،٢	٢٧٦٤
١٩٢٤	٥٤١٥	١٨،٠	٥٩ ٣	١٩،٣	٣٣٨٢
١٩٢٥	٤٦٨٦	١٦،٧	٥٥٨٨	١٨،٥	٣١٥١
١٩٢٦	٤٤٤٠	١٤،٨	٥٩٢٢	١٩،٧	٢٨٩٧
			٤٧٠١٤		٢٢٩٠٤

ان الجدول هذا يرينا احصاء المسجلين من الولادات وليس احصاء الولادات الحقيقية داخل العاصمة اما الوفيات فهي مضبوطة اذ لا تدفن جثة من غير فحص ومن غير اجازة حسب الانظمة والقوانين الصحية كما ان دائرة الصحة اتخذت ترتيبات شديدة الضبط فى المقابر تمنع دفن جثة من غير اجازة ولاجل ذلك تعطى رواتب كافيه لمأمورى المقابر والحفارين — وعليه ان احصاء الوفيات المقدم فى الجدول اعلاه صحيح ولكن احصاء الولادات غير صحيح وقد تايد لدى دائرة صحة العاصمة ان نسبة الولادات سنويا في العاصمة لا يقل عن ٣٣ بالالف واذا كان ذلك كذلك فيتبين ان ولادات العاصمة لا تقل سنويا عن ٩٩٠٠ والحال ان الجدول السابق لا يرينا حصول ولادات في النفوس تزيد على ٥٤١٥ ولادة فى سنة واحدة فيظهر من ذلك ان ما يقارب نصف ولادات العاصمة تبقى مخفية لاسباب عديدة اهمها الاهمال — اما عدد الوفيات سنويا فلا يزيد عن ٢٣،٢ اي عن ٥٨٠٤ وفاة فاذا اخرجنا من عدد الولادات وهو ٩٩٠٠ اعظم عدد الوفيات في السنة الواحدة وهو ٥٨٠٤ فيبقى ٤٠٩٦ ولادة وهو العدد الذي يضاف الى نفوس العاصمة سنويا ان الملة الموسوية التى هى اطوع الناس للقانون والنظام قد سجلت في سنة ٩٢٥ (٣٣) بالالف من الولادات بينما الملة الاسلامية لم تسجل سوى ١٢ بالالف والملة المسيحية سجلت ٢٠ بالالف وهذا لا يدل على ان التفاوت في الولادات يبلغ هذا المبلغ العظيم بين عائلات تعيش في محيط واحد وتحت شرائط واحدة وخاصة اذا لاحظنا ان الاسلام وخاصة الطبقة العامة منهم لا يكتفون بامرأة واحدة بل يتزوجون ! كثر من امرأة وعلاوة على ذلك ان هذه الطبقة تفاخر وتتباهى بكثرة الاولاد بخلاف الحالة السائدة

على الطبقة الاوربية في اوربة والراقية في بلادنا وهو حب تقليل النسل لاستراحة الام والاب — لذلك يتضح ان الاسلام والنصارى قد اهملوا تسجيل ولاداتهم جميعها ولم يسجلوها كما فعل اليهود وعليه اذا ما كانت نسبة الولادات عندهم حسب الاسباب السالفة اكثر من اليهود فهي على الاقل تقدر ولاداتهم ٣٣ بالالف سنويا ومن ثم تتضح صحة النظرية التى سردتها فى مقدمة مقالي هذا وهي ان نفوس العاصمة تزيد سنويا ٤٠٠٠ نسمة

وهذاهو احسن جواب اقدمه للمتشائمين الذين ينظرون الى جداول تسجيل الولادات والوفيات ويذيعون على صفحات الجرائد هناوهناك من ان نفوسنا صائرة الى النقص والاضمحلال .

ومما يؤيد ارقامي هذه التى قدمتها هو الاحصاء الاتي لعدد نفوس مصر منذ اكثر من عصر حيث كانت نفوس مصر —

في سنة ١٨٠٠   ٢٠٠٠٠٠ فقط وقد زادت

« ١٨٥٥ فبلغت ٤٤٠٢٠٠٠

و « ١٩٠٧ اصبحت ١١٢٠٦و٣٥٩و

و « ١٩١٧   «   ١٢٧١٨٢٥٥

اما الان فهي لاتقل عن ١٦ مليون ومصر تعلمون حضراتكم بلاد زراعية ولا تختلف عن العراق تقريبا فى اقليمها وعادتها ودينها وسائر شرائطها الاجتماعية والحيوية وبناء على ذلك اذا اردنا ان نعتبر احصاء الولادات والوفيات داخل العاصمة ونشمله على سائر انحاء القطر الذي لايختلف كثيرا عن الشروط الاساسية والرئيسية التى نعيش بها نحن داخل عاصمتنا فوجب علينا ان نعتبر ان نفوس العراق التى تقدر الان بثلاثة ملايين سوف تبلغ العشرين مليونا قبل انتهاء القرن العشرين وخاصة اذا اضفنا الى تزايد نفوسنا المشروع الكبير الذى تعالجه الحكومة وهو مسئلة اسكان العشائر .

وبالاخص بعد ان تتنور الامة وتتعلم كيف تربي اطفالها وتنقذهم من مخالب الموت فان عدد الوفيات من الاطفال عندنا الان عظيم جدا كما بينته فى الجدول السابق وهو يبلغ نصف وفياتنا على الاطلاق وهذا العدد مريع جدا اذقد بلغ مجموع وفياتنا فى التسع سنوات المنصرمة ٤٧٠١٤ وفاة ومن هذا العدد ٢٢٩٠٤ كان عمرهم مادون الخامسة وبذلك اضاعت العاصمة خلال تسع سنوات نحو ثلاثة وعشرين الف دماغ مفكر ويد عاملة كان يمكنها ان تخدم البلاد مدة لاتقل عن نصف قرن تقريبا ولكن قداضاعتها وياللاسف وكان يمكنها ان نحافظ عليها لوكانت عالمة بطرق تربية الاطفال واصول ارضاعهم ومحافظتهم من البرد والمكروبات والاوساخ والماكل والمشارب التى تولد الاسهالات وسائر الامراض ولكن جهل امهاتنا وياللاسف وحده ووحده فقط قد سبب قتل ثلاثة وعشرين الف طفل وهذه حقيقة مرة ومرة جدا ينبغي ان نلطم بها وجه كل من يريد الوقوف في سبيل تهذيب الفتاة وتدريسها وفى سبيل كل من يريد منع تأسيس مدرسة طبية في هذه البلاد وكان سبب وفاة هذه الالوف المؤلفة من اطفالنا سوء التغذي والاسهالات لاغير وشيء قليل من الحصبة والجدري وذات الرئة وعليه اني من المتفائلين جدا في تزايد نفوس العراق فى المستقبل وارجو ان يشاهد اغلب قراء هذه بلوغ نفوس العراق العشرين مليون نسمة وهي متمتعة بوافر الصحة ومزيد النشاط .

الابر واصحاب الابر

الدكتور نظام الدين

حضرات الاخوان المحترمين

كما لايحتاج الى بيان وتفسير امامكم ان ادخال الادوية الى دوران الدم رأسا اوبالواسطة يقال له « زرق »

عند زرق العلاج فى داخل الاوردة ينفذ رأسا الى دوران الدم فيختلط مع دعامة الدم واذا زرق في داخل الياف العضلات ، وفى داخل النسيج الحجروى الذى تحت الجلد فيمكث العلاج داخل الالياف مدة بنسبة متانة وصلابة الياف العضلات الموجودة في الناحية التشريحية التي ادخلت فيها ابرة الحقنة ، وبنسبة كثرة وقلة النسيج الشحمى الذى بين الالياف .

وبعد ذلك يختلط مع الدعامة . ونحن نشاهد في التطبيقات ان الزمن الذى يقتضي لامتصاص الادوية المنتشرة بين الالياف يكون اطول قليلا من مدة امتصاص الادوية المدخلة تحت الجلد

ان الادوية المنتشرة في النسيج الحجروي الشحمى تحت الجلد تبقى لمدة فى داخل هذه الانسجة واخيراً تدخل الى الدعامة الدموية بالتدريج

ومدة الامتصاص هنا تكون اسرع من مدة الامتصاص الذى بين العضلات لان في النسج الحجروى الشحمى شبكة واسعة للجملة الشعرية . وطبعاً يكون امتصاص الادوية التى فى هذه الشبكة اكثر سرعة

يقال للطريقين التاليين من هذه الطرق الثلاثة «الزرق بالواسطة » ويقال للطريق الاول « الزرق بلا واسطة »

مما هو مستغن عن الايضاح ان زرقات الادوية تابعة لتدابير تعقيمية فى غاية الدقة . ومن التدابير الضرورية تعقيم الادوية التى تزرق بصورة قطعية (ان تكون داخل امبول) وتعقيم الابر وآلات الزرق في حين الزرق (بالماء الغالي) وتطهير الايدي التي تعمل الزرق بالكحول او المحلولات المناسبة الاخرى ، وكذلك تطهير وتعقيم الناحية التي يجرى الزرق فيها

وبعد ان عرضنا تدابير التعقيم اجمالا فان غايتنا الاصلية هي البحث عن الادوار التي تقوم بها الادوية المدخلة فى دعامة الدم بالزرقات ، وتفريق ما هو مضر من هذه الادوار مما هو مفيد ، واعلام الاخوان بما هو مضر منها ، وذكر ما هو مفيد منها بالتقدير وتوصيتهم باستعماله

ان الادوية المختلفة المدخلة في الدم بالزرقات تقوم من حيث الاجمال بثلاثة ادوار :

الدور الاول : بقاؤها في دعامة الدم مدة ما

الدور الثانى : تثبتها (Fixation) في اهم الاعضاء عند سيرها وعبورها من نقاط العضوية المختلفة ، مع كونها فى داخل الدعامة ، ومكثها مدة ما فى نقاط التثبت هذه .

الدور الثالث : بعد مدة بقائها في الدعامة او عقيب مكثها فى الاعضاء المهمة التي تثبتت فيها ، فمن اللازم اطراحها (Elimination) بواسطة بعض الاعضاء

وبناء عليه : اذا تتبعنا ودققنا القواعد الفيسيولوجية التى تتبعها هذه الادوار فنكون قد توصلنا الى الغاية المتوخاة من مقالنا هذا .

وقبل البدء بهذا التدقيق نعرض (استطراداً) ان قسما من العلاجات المعقمة المدخلة الى الدم بالزرقات (القسم الجزئي نسبة) هي امبولات الزيت الكافوري المحلول فى ادهان مختلفة معقمة وامبولات بعض مركبات الزئبق المحلولة فى الوازلين المائع المعقم . وهذه ، على ما هو مظنون ، تنتقل من الدعامة الى اعضاء الاطراح رأساً .

وتطرح من هناك . ولا تتثبت فى العضوية . والحال ان (القسم الاعظم من تلك العلاجات ذيبة) هي امبولات ادوية محلولة ومعقمة فى الماء المقطر والبعض من هذه هو امبولات ادوية محلولة فى الماء كيميويا « كالقهوئين ديز يتالين واستروفانتين وغيرها » . والبعض الاخرمنها هو امبولات ادوية لم تحل تماماً فى الماء المعقم وانما جزأت الي اجزاء فردية بحاله كوللوئيد (Colloide) بواسطة الجريان الكهربائي القوي، وجعل بهذه الصورة بحالة حل في الماء المعقم .

ومن هذا النوع ، امبولات المحلولات الدوائية المعمولة من مركبات الحديد غير قابلة الحل بسيطاً ، او مع ادوية مهمة كالزرنيخ والاستركنين . والامبولات المؤثرة والقيمة المساة هيموستوسروم (Hemo-cyto-serume) هي من هذا الصنف .

وما عدا هذا يوجد فاكسينات (Vaccins) وسرومات (serumes) . والبحث عن هذه خارج عن صدد مقالنا . ولكننا سنبحث عن نبذة في السرومات فى مسألة تثبت الادوية في العضوية (Fixation)

الدور الاول : — الادوية المدخلة بالزرق الى الدعامة تفعل هنا فعلين :

١ — انها تجتهد في القضاء عَلَى الطفيليات التى تتجمع في الدعامة وتنتقل بين الكروبوات الحمراء للدم وتحاول اكلها . وان مفعول الكينين ضد طفيليات الملاريا (مع استثناء بعض الطفيليات) يكون بهذه الطريقة نشاهد ان الكينين يهلك طفيليات الملاريا فى انبوبة التجربة (Invitra) ولكننا لا نعلم بالقطعية التامة الان ان مفعوله هذا يجرى عينا فى السروم الحي (In vivo) لان الكينين لا يتلف الطفيليات في بعض اشكال الملاريا . فان اتلفها فان هذه العوامل اللئيمة تظهر مرة اخرى في الدعامة بعد مدة . ومثل هذه الحادثات السريرية تقلل الاطمئنان الذى نحس به بخصوص تأثير الكينين ضد الملاريا . ويجب ان نترقب حل هذه المسألة المهمة من الموفقيات الاتية للفن .

هناك جملة من الامراض الانتانية التى تدخل عواملها المرضية فى الدم . « وهي الحمى التفوئيدية والباراتيفوئيد وذات الرئة ، وداء الحمرة والفرانولي والاستربتوكسى والاستافيلوكوكسي وغيرها »

ان عوامل هذه الامراض تحاول تخريب الكربوات الحمراء مادامت في الدعامة .

ليس لدينا ادوية لاتلاف هذه العوامل رأساً . وفي الواقع قد ظهرت قبل هذا في ساحة المداواة بعض المحلولات التي في حالة كوللوئيد ولكن هذه المحلولات لم تحرز الاطمئنان القطعى . ومع ذلك فان لدينا بعض السرومات ضد الامراض المنتنة . وسنأتى عَلَى ذكر التأثيرات الشفائية لهذه الادوية في البحث فى التثبت

٢ — ان الادوية الداخلة في الدعامة تفعل هنا فعلا آخر . فهي تفسد كوللوئيدات الدعامة (stroma) وعندما تفسد هذه الكوللوئيدات المحتوية على تراكيب فيسيولوجية كيميائية في غاية الدقة والرقة يطرأ الخلل عَلَى فعل الفاكوسيتوس (phagocitose) الذي هو

السلاح المدافع ، بصفته آكلا للجراثيم ، فى الدعامة ضد الميكروبات .

فاذا خربت الدعامة اكثر بسبب الاستمرار على الزرقات بدون تقيد ، فتزول مبارزة الفاغوسيتوس الدفاعية التى تقوم بها الفاغوسيتات في الدعامة ضد الميكروبات وعوضاً عن الفوائد المنتظرة من الزرقات تحصل وضعية خطرة . وان ماهية هذه الوضعية هي عبارة عن كون الدعامة ملوثة بالباكتريات والتوكسينات . ويقال لها تلوث الدم بالباقترى (Bocteriohemie) وتلوث الدم بالتوكسين (toxifhemie)

ان فساد التركيب الكوللوئيدي للدعامة هو حادثة مهمة لان العضوية باجمعها اذا بقيت محرومة من مدافعة الفاكوسيتوس ضد الميكروبات المهاجمة فان مهاجمة الميكروبات تكون قويه . وبنتيجة ذلك تتزايد التأثيرات السمية للتوكسين .

وبهذه الكيفية تفسد وتتخرب العضوية بالتأثيرات السيئة للزرقات التي يزعم انها شافية .

نرى ان الخسار الذي تتعرض له العضوية بسبب الزرقات التي تعمل بدون تحوط يكون في بعض الاحيان ثقيلا جداً .

الدور الثانى — هو دور التثبت (role de fixation) وهو تجمع الادوية الداخلة فى الدم بالزرق فى بعض الاعضاء وبقاؤها فيها مدة من الزمان

ان التثبت فعل مهم جداً تكون فيه الاعضاء التي تتجمع فيها الادوية فى حالة مخزن .

فاذا اخذت العضوية من هذه المخازن الادوية المقتضية لها في وقتها وبمقادير معتدلة ، فانها تتبادل بها مع الاعضاء الاخرى . مثلا اذا اخذت بانتظام الاجزاء الفردية للحديد المتثبت فى الكبد فانها تعطى هذا الحديد منتظما كذلك الى كربوات الدم الحمراء . وبهذه المبادلة يرمم ويصلح الدم ، فتكتسب العضوية قوة وقدرة

وان من الادوية المؤثرة الاستركنين يتثبت فى مراكز الجملة العصبية والزرنيخ يتثبت فى الكبد وفي نسيج الاعصاب المحيطية

فاذا استمررنا عَلَى ادخال مثل هذه الادوية المهمة بالزرقات الي الدم بدون تأمل فيتزايد مقدارها في الاعضاء التى تثبتت فيها . عَلَى ان بعض هذه الادوية وان كان معروضاً للمبادلة مع اعضاء الاخرى للبدن والقسم الاخر معروضاً للاطراح الا ان المقادير الزائد الباقية فى مخازن التثبت تحدث للبدن صدمات انافيلاكسيائية . (Choc anaphylactique)

واذا لم تتخذ التدابير للتوقي من هذه الصدمات في الوقت المناسب تماماً فتكتسب صفة نواجع التسمم عادة . وتسير الى اهلاك المريض

ولنبحث (استطراداً) باجمال في خواص السرومات التثبتية فى بحث التثبت

من المعلوم ان قد عملت سرومات مشافية ضد كثير من الامراض الانتانية « كالوباء وذات الرئة والحمرة والدوزنطاريا وذات السحايا الدماغية — الشوكية والدفتريا وغيرها » والتأثيرات الشفائية بهذه السرومات

هي ممانعة تثبت توكسينات الامراض الانتانية فى انسجة العضوية المختلفة ، وممانعة تسببها حصول مخازن للتسمم . ان هـذا التأثير ينظر اليه الان بصفة فرضية . ومع اننا ننتظر ثبوته اكثر بالتجارب المادية فاننا نشاهد زوال الاعراض العمومية بعد الزرقة الاولى والثانية بالسروم الذي نستعمله كل يوم مثلا في احد امراض الدفتريا وذات الرئة والدوسنطاريا الباسيلية وخاصة نشاهد نزول الحمي واعتدال الاعراض الموضعية ، واختفاء جميع تلك الاعراض حتي عن الوسائط الاستكشافية كدلائل القرع والاصغاء . وهذه التأثيرات المحببة هي برهان عَلَى ان السرومات جديرة بالمدح والثناء .

الدور الثالث – هو اطراح الادوية المتجمعة في الدعامة والمثبتة فى نقاط العضوية المختلفة بعد سكونها هناك مدة . لان الادوية المؤثرة (كالاستركنين والزرنيخ والديزيتال والامتين وغيرها) اذا لم تطرح فى حينها فان مقاديرها تتزايد في العضوية بعد مدة وتتجاوز مقاديرها الطبية . وبدلا من ان تكون شافية تصبح سامة .

عدا عن ذلك فان اعضاء الاطراح — واهمها الكبد والكلية ، وتأتى بعدها المعدة بواسطة عصاراتها ، والامعاء والجلد بافرازاته ، وحتى قسم من الغدد ، والغدد اللعابية وغيرها — هي مفرغة للادوية بجميع انواعها وللمواد السمية التى تدخل من الخارج وللتوكسينات والمواد المضرة السامة المتولدة داخل البدن .

ان الكفاءة العضوية لهذه الاعضاء فى حين الاطراح ومطلقية افعالها ملازمة ومطلوبة للغاية . ويقال لعجز الكليتين والكبد من حيث العضوية والوظيفة ، عن الاطراح كما ينبغي «فقد كفاية الكلية والكبد» insuffisance reno. Hepatique وهذه العارضة مهمة جدا من حيث السريريات . لانه اذا كانت الادوية بجميع انواعها التى تدخل الدم بالزرقات لم تطرح بتمامها رأسا او بعد التثبت بواسطة هذين العضوين فانها تتجمع فى الدعامة وكلما تكررت الزرقات تتجاوز الادوية المهمة التي فى الدعامة مقدارها الطبي . وتصل الي سوية يمكن ان تحدث التسمم . ومن ثم تظهر الصدمات الانافلاكسيائية . فاذا لم يسارع الى ازالتها فما بعدها الا التسمم .

محاسن الزرقات

ان بعض الادوية المدخلة الى الدم بالزرقات تتلف طفيليات المرض (فالكنين مثلا) يتلف طفيليات الملاريا رأسا

والديزيتالين والاستروفانتين يؤثران في الالياف العضلية للقلب بالذات ويمنحان القوة والقدرة للتقلصات القلبية .

والكافئين والكافور ينبهان اعصاب القلب المحركة ويزيدان التقلصات القلبية .

والامتين يهلك آميب الدوسنطاريا النافذ في غشاء الامعاء المخاطى .

والارغوتين والبيتويترين يتقصان قطر الاوعية الشريانية والشعرية وبنتيجة ذلك يقطعان الانزفة .

ان قسما من السرومات ومنها سرومات ذات الرئة والدفتريا والدوسنطاريا الباسيلية والتيفوئيد والباراتيفوئيد والمننوكوك والاستربتوكوك تكون مانعة لتثبت

التوكسينات في الانسجة المختلفة للبدن البشري – تلك التوكسينات التي تولدها الميكروبات التي توقع هذه الامراض الانتانية . وتزيل تسمم الدم بالتوكسين toxihemie

وهذه المحاسن هي قيمة للغاية من حيث السريريات وفن المداواة . وهي تخلص حياة المرضى من التهلكة في كثير من الامراض الانتانية والمهمة .

مضرات الزرقات

هذه المضرات نصادفها في كثير من الاحيان في التطبيقات ليس قصدنا البحث عن عوارض (صدمات الهواء) الموضعية والعمومية احيانا التى تحدث بسبب الزرقات التي تعمل بدون مراعاة قواعد التعقيم كما يجب .

ان مقصدنا الاولي هو عرض العوارض التي تحدثها بعض السرومات، والادوية المؤثرة في حين ادخالها الى الدم بالزرقات، ان لهذه العوارض مصدرين :

الاول : تثبت الادوية اكثر من المقدار اللازم . الثاني : تشوش الاطراح .

اذا كانت المواد الدوائية المؤثرة التى فى الدعامة قد تجاوزت حدها في التثبت فى الانسجة يحدث من ذلك صدمات انافلاكسيائية . وهي تظهر على الاكثر في جهات الكبد والكلية والمعدة والامعاء واخيرا فى القلب والدماغ ان الصدمات الانافلاكسيائية للكبد والكلية هي فقد كفاءة الكبد والكلية insuffisence hepato-renale بكل معاني الكلمة وهى تظهر عمليا بقئ صفراوي اخضر وفي بعض الاحيان باسهال دموى مفرط فتستولي العطالة على فعل الكليتين ويقل الادرار فيبتدا انقطاعه فى النهاية . anurie

تظهر الصدمات الانافلاكسيائية التى تؤثر في القلب بشكلين : تهيج الادوية المؤثرة المتراكمة في الدعامة اكثر من الحد اللازم احيانا اعصاب القلب المحركة (العصب السمباتوى الكبير) وبذلك تتزايد ضربات القلب . ويحصل تسرع القلب . وبتأثير هـذا التسرع تظهر احتقانات فى القسم المهم من العضوية فى الدماغ والسحايا والرئة والكلي وتمزقات في الشرايين الصغار والاوعية الشعرية بسبب زيادة التوتر الشرياني وفي بعض الاحيان انزفة تحت الجلد وكدمات

واحيانا تؤثر عَلَى الاعصاب المأمورة بتعديل الحركات القلبية « العصب الرئوي المعدوى » فتتناقص ضربات القلب . وبسبب ذلك تحصل ركودة (stase في اهم اقسام العضوية : فى السحايا والدماغ وجيوب الاوردة الدماغية والرئة والكلي . وفي الاعضاء التي تحصل فيها هذه الركودة تظهر فعلا بطاءة في البدء وعطالة فيسيولوجية في النهاية

ان الصدمات الانافلاكسيائية التي تظهر فى جهة الدماغ هي اختلاط الادوية المؤثرة الزائدة على سويتها الطبية ، بالمائع الدماغي — الشوكي . وان نفوذها في التجاويف « بطينات » الدماغية بهـذه الواسطة ينشأ عن تماسها بالانسجة الدماغية بذاتها والاعراض الرئيسية لذلك هى الصداع والدوار وثقل الرأس وغيرها . وجميع هـذه العلامات هي العوارض الناشئة عن زيادة التثبت

اما عوارض الاطراح فان نتائجها هي نفس عوارض

التثبت : فان الادوية المؤثرة المسوقة الى الدم بالزرقات اذا لم تطرح في حينها كما يجب فانها تتجمع فى الدعامة والانسجة وتبقى فيها

وكلما عملت الحقن واجريت الوخزات المضرة واحدة عقب الاخرى بدون فواصل مناسبة تزداد مقادير المواد الدوائية فى الدعامة زيادة مطردة ٠ وفي النهاية تظهر فواجع الانافلاكس (Les drames anaphilactique) حتى ان حياة المريض تبقى تحت الخطر

يوجد نقطة ثانية فى صدد الاطراح يجب النظر اليها بكل اعتناء واهتمام وهي انه يجب التأكد من الاكتمال التشريحي الفيسيولوجي لاعضاء الاطراح فى اثناء الزرقات وخاصة الكبد والكليتين ٠ ينبغى ان لا يكون فقد كفاءة في جهة الكبد « قئ صفراوى اخضر واسهال » ولا تناقص البول او انقطاعه في جهة الكلية

يجب البحث عن الالبومين في الادرار قبل البدء بالزرق وحتى قبل كل زرقة من زرقات الادوية المؤثرة وخاصة فيما يعمل ضد داء الافرنج من زرقات الزئبق والزرنيخ ومحلول البزموت وفي زرقات جميع مركبات الزئبق ٠

فاذا لم نعمل هذه الاحتياطات فان سلامة الكبد والكليتين التشريحية — الفيسيولوجية تنقلب رأساً على عقب وتحدث الظواهر التسممية تصادف وقوع عوارض السروم (AccidentsSeriques) عند استعمال السرومات: سرومات « الوباء والدفتريا وذات الرئة والدوسنطاريا الباسيلية » واهم هذه العوارض كدمات منفردة او متجمعة في اماكن مختلفة من البدن ٠ وهذه هي النزوف الحادثة تحت الجلد ٠ وهي على ظننا متأتية من الانحلال الدموي (Hemolyse) الناتج عن ذوبان كريوات الدم الحمراء

التدابير الواقية

ذكرنا فيما مر فوائد الزرقات ومحاذيرها على قدر استطاعتنا وقد تبين ان زرقات الادوية المؤثرة التى تطبق فيها القواعد المرعية يقتطف منها ثمرات قيمة ٠ فانها تفيد فى تخليص المرضى من المهالك المرضية وتقوي ابدان الضعفاء ٠٠ ولذلك فانها اهم اركان علم المداواة فى زماننا هذا ٠ ان فن الطب الجليل يقدر دائما زرقات الادوية والسرومات التي تعمل بالحيطة والتبصر ويشجع عليها ٠

ولكن اذا لم يعتني بالعوارض المهمة الحاصلة من زرقات الادوية التى تعمل بدون مراعاة قواعد التعقيم في بادئ الامر — كما اوضحناه آنفا — وخاصة اذا اجريت بعض الحركات المغايرة للقوانين الفيسيولوجية العائدة للتثبت Fixation والاطراح Elimination التي تتبعها الادوية المؤثرة والسمومات التي تساق الي الدعامة الدموية ، اما بسبب الجهل او بسبب الامهال والاهمال، ووقع الاستمرار على هذه الحركات ، فعند ذلك تبدو الصدمات الانافيلاكسيائية وحتى الظواهر التسممية وتكون حياة المرضى عرضة للمهالك ٠

اني متأكد من وقوف الاخوان المحترمين على دقائق الفن وغوامضه فى هذا الباب ومراعاتهم لها ٠

ولكني اقول ان اصحاب الابر (الحاقنين) الذين لا يعنون القواعد الفيسيولوجية انما هم اصحاب ابر ابليس الا ٠

فعل البزموت في السفلس

الدكتور جوبانيان

(من اعمال دائرة الامراض الزهرية فى المستشفى الملكي)

قد بدأت منذ اليوم الاول من سبتمبر الماضى في حقن « طرطرات البزموت والصوديوم » لمعالجة السفلس او داء الافرنج واستعملت في بادئ الامر محلولا من هذه المادة بنسبة ٦ حبات فى ١ س م٣ من الماء المقطر ولكن التفاعل الموضعي الذي شاهدته بعد زرق العلاج داخل العضلات ، والصعوبة الحاصلة من الاستمرار على عمل الزرق للمرضى قد دفعاني الى تحضير محلول بنسبة ٢٠ في المائة وهو اقل الما واسهل تحملا «*»

تتم المعالجة بزرق البزموت ١٣ مرة على ان يزرق من المحلول ٠،٥٠ س م٣ في البدء ثم تزاد جرعة العلاج تدريجيا والفترات التى يجب ان تخلل الزرقات هى كما يلي :

في اليوم الاول	٠،٥٠ س م٣ من المحلول	وهو يعادل ٠،١٠ من طرطرات البزموت والصوديوم
« الثالث	٠،٦٠ س م٣	يعادل ٠،١٦ من العلاج
« السادس	٠،٧٠ «	« ٠،١٤ «
« العاشر	٠،٨٠ «	« ٠،١٦ «
« الخامس عشر	٠،٩٠ «	« ٠،١٨ «
« الحادي عشرين	١ «	« ٠،٢٠ «
« الثامن والعشرين	١،١٠ «	« ٠،٢٢ «
« الخامس والثلاثين	١،٢٠ «	« ٠،٢٤ «
« الثاني والاربعين	١،٣٠ «	« ٠،٢٦ «
« التاسع والاربعين	١،٤٠ «	« ٠ ٢٨ «
« السادس والخمسين	١،٥٠ «	« ٠،٣٠ «
« الثالث والستين	١،٥٠ «	« ٠،٣٠ «

فيتضح من ذلك ان مجموع مقادير المادة الفعالة في مدة شهرين يبلغ تقريباً ٤٢ حبة وهذا ما يعادل (٢،٥٠ من الغرامات)

وقد عملت في خلال المدة التى ذكرت مبدأها سلفاً معالجة ١٧٠ مريض اخذوا (٨١٢) زرقة من العلاج على الوجه المسطور في الجدول التالي :

(*) ان محلول (طرطرات البزموت والصوديوم) يظل رائقاً ولا يرسب مهما طال مكثه

عدد الزرقات لكل مريض	عدد المرضى		عدد الزرقات جميعها		عدد الزرقات في المائة لكل مريض	النسبة المئوية للمرضى الذين استمروا عَلَى الزرقات
١	٢٥		٢٥			
٢	٢٨		٥٦			
٣	٢٩	٨٢	٨٧	١٦٨	٢	٠/٠٤٨،٢٣
٤	١٧		٦٨			
٥	١٢		٦٠			
٦	١٦		٩٦			
٧	١٠		٧٠			
٨	٨		٦٤			
٩	٥		٤٥			
١٠	٤		٤٠			
١١	١	٧٣	١١	٤٥٤	٦	٠/٠٤٢،٩٤
١٢	٦		٧٢			
١٣	٨		١٠٤			
١٤	١	١٥	١٤	١٩٠	١٢٥٦	٠/٠ ٨،٨٣
	١٧٠	١٧٠	٨١٢	٨١٢		٩٩،٩٩

يظهر من هذه الارقام ان ٤٨،٢٣ فى المائة من المرضى اخذوا من الزرقات ١ الى ٣ فقط ولم يعودوا الى المستشفى وافتكر ان سبب ذلك هو التفاعلات الموضعية التى منعتهم عن الاستمرار فى المعالجة · واكثر من ثلث المرضى استمروا عَلَى المعالجة الى ان زالت الآفات الافرنجية · ولم ينتظر الشفاء التام الا العشر من المرضى ·

واما من حيث التأثيرات الشفائية فقد وجدت العلاج ناجع في معالجة السفلس فى جميع اشكاله · وبالنظر الى تجربتي الصغيرة وجدت ان طرطرات البزموت والصوديوم يستحق ان يعتبر من جملة العوامل القديرة المضادة للسفلس ·

تاثير العلاج عَلَى القرحة الافرنجية

تندب القرحة تندبا تاما بعد عمل ٣ او ٤ زرقات اذا كانت صغيرة الحجم واما اذا كانت كبيرة او آكله فتندبها يكون بعد ٥ او ٨ زرقات ويتصرف الانتفاخ العقدي الذى في الناحية المغبنية وتزول هذه الصلابة بسرعة وتنتفي التظاهرات الثانوية ·

تأثير العلاج على العوارض الافرنجية الثانوية

تتندب بتأثير العلاج اللويحات المخاطية التي فى الفم بسرعة واما البقع الوردية والتظاهرات الثانوية حتي الراحية منها والاورام العقدية فانها تتحسن بدرجة محسوسة ·

تاثير العلاج على العوارض السفلسية الثلاثية

يؤثر العلاج تاثيراً ملائماً واضحاً فى الصموغ الافرنجية والافات العظيمة والقروح الجلدية ·

واما الاورام السفلسية الصدفية الشكل والمنتشرة والالتهابات المفصلية النوعية فانها كذلك تتأثر بهذا العلاج ·

واجمالا استطيع ان اقول ان ا طرطرات البزموت والصوديوم) يتمكن من امحاء الافات السفلية بسرعة ومن المحقق ان قيمته الشفائية تفوق ما هي في الزئبق وتضاهي ماهي لمستحضرات الزرنيخ ·

واليك ملخص بعض الوقائع :

رقم ٥٨٣٨ — ١١١ ، سفلس اولي ، قرحة في الذكر يرجع عهدها الى ١٢ يوما تفاعل فاسرمان موجب ثلاث مرات (+ + +) ، بحة فى الصوت ، وقد تلاشت القرحة بعد ثلاثة زرقات وعاد الصوت الى حالته الاعتيادية ولم يرجع المريض بعد الزرق الرابع ·

رقم ٥٠٧١ — ٨٨ ، سفلس ثانوى ، كونديلوما وتنبتات كبيرة نسبة فى الشرج ، تفاعل فاسرمان موجب ثلاث مرات (+ + +) وقد تلاشت التنبتات بعد خمس زرقات ولم يرجع المريض بعد الزرقة السادسة ·

رقم ٧٤٧٦ — ١٤١ ، سفلس ثلاثي ، اوجاع شديدة فى الليل ، فاسرمان موجب بدرجة (— + +) وقد تلاشت الاوجاع بعد الزرق الرابع وقد واضب المريض عَلَى المعالجة حتى الزرق التاسع ·

رقم ٦٣٥٢ — ٨٥ ، سفلس ثلاثي ، صموغ افرنجية والتهاب البلعوم ، فاسرمان موجب ثلاثة مرات (+ + +) وقد تحسن التهاب البلعوم منذ الزرق الثاني وقد تلاشت تماما الصموغ بعد الزرق العاشر وكان تفاعل فاسرمان بعد المعالجة موجبا (+ + +)

رقم ٦٧٧٣ — ٨٢ سفلس ثلاثي ، اريتم قوسية فاسرمان موجب ثلاثة مرات (+ + +) وبعد الزرق الثالث تلاشت الأريتم التي كانت شديدة وشاملة · وعند انتهاء دورة المعالجة كان تفاعل فاسرمان سالبا بدرجة (— — —)

رقم ٦٥٥٨ — ١٥٦ صموغ فرنجية ، فاسرمان موجب بدرجة (+ + +) وعند اليوم الخامس عشر من المعالجة كانت الصموغ قد تندبت تماما ·

تأثير طرطرات البزموت والصوديوم على تفاعل فاسرمان

ان مدة اختباراتى فى هذا الخصوص قصيرة جدا بحيث لاتساعد عَلَى الجزم فيما يختص بتأثير هذا العلاج عَلَى الدم وانما ارغب الان فى بيان النتائج الحاصلة بعد المعالجة حالا :

رقم الوقعات	الاعراض	تاريخ تفاعل فاسرمان ونتائجه قبل المعالجة	تاريخ تفاعل فاسرمان ونتائجه بعد المعالجة
٦٦٩٢—٨١	التهاب السحاق	فاسرمان + + + ٩٢٦٠٩٠٨	فاسرمان + + + ٩٢٦،١٢،٨
٦٧٧٣—٨٢	اريتيمافوسية	» » » »	» — — — ٩٢٦.١٢،١٥
٦٣٥٢—٧٥	التهاب مزمن في الحنجرة	» » ٩٢٦،٢٩،١٥	» + + + ٩٢٦،١٢،٢٢
			» » ٩٢٧، ١،١٩
٦٤٠٦—٩٣	ظواهر ثانوية بشكل الاغزما	» + — — ٩٢٦٠٩٠٢٢	» ± — — ٢٦٠١٢٠٢٢
٧١١٩—٩٨	التهاب باطن الانف	» + — — ٩٢٦٠٩٠٢٩	» ± — — ٢٦٠١٢٠٢٢
٢٩٧٠—١٠٠	صمغ افرنجي	» + ± — ٢٦٠٩٠٢٩	» ± — — ٢٦٠١٢٠٢٢
٧٣٧٥—١٠٣	تثقف سقف الحنك	—	» — — — ٢٦ ١٢٠٢٢
٧٤٥٩—١٠٦	انخساف عظام الانف والتهاب الحنجرة	—	» ± — — ٩٢٧٠١٠١٢
٦٩٢٧—١١٠	صمغ افرنجية	» + + × ٢٦٠١١٠٦	» + + + ٢٧٠١٠٣
٧٧١٥—١٣٣	خراب اللهات	—	» — — — ٢٧٠١٠٥
٨٣٣٧—١٧٠	التهاب مزمن في اللوزتين	» + + — ٢٦،١١٠٢٤	» ± — — ٢٧٠٢٠٩
٨٣٧٥—١٧٢	اندفاعات اربتيمارية	» + — — ٩٢٦٠١١٠٢٤	» + — — ٢٧٠٢٠٩

العوارض المنبعثة عن المعالجة

الاوجاع — ان الزرقات التي تجرى في داخل الاية هي من حيث العموم غير مؤلمة وتتحملها المرضى جيدا ٠ ولكن يشاهد في بعض الاحيان صلابة يتألم منها المريض قليلا او كثيرا ٠

الحمى — يشاهد في البعض من المرضى على اثر الزرقات الاولى — حركة حموية مصحوبة بعرواء وصداع وتوعك مع بعض التشوشات الهضمية ٠

التهاب الفم — يشاهد في بعض الاشخاص الذين لم تكن اسنانهم في حالة جيدة ظهور التهاب في اللثة وانما يمكن التوقي من ذلك فيما لو اعتنى بنظافة الفم ٠

حالة الاغماء — شاهدت هذه الحالة مرة عند امرأة (رقم ٨٤٠٥—١٨٦) عمرها ٢٤ سنة جيدة النمو والتغذية وقوية الجسم نسبة ومصابة بطفح جلدي اريتيماوي تفلسي لها اولاد قد ماتوا وكان دمها موجب التفاعل مع فاسرمان بدرجة (+ + +) وقد اخذت زرقتين اثنين من العلاج بدون ان تظهر عليها عارضة ولما عادت في اليوم السابع لاخذ الزرقة الثالثة حقن لها ٠،٧٠ س م٣ من العلاج وبعد بضع دقائق اخذها الاغماء واخذ النبض والتنفس يتوقف تدريجيا ٠ وقد عمل لها حقن البيتويترين والتنفس الصناعي وبعد دقيقتين عادت الى التنفس بمعدل مرة او مرتين في

الدقيقة وقد بدأ النبض يضرب بضعف شديد وبعد خمس دقائق عادت اليها صحتها ولكنها بقيت في حالة ضعف طول ذلك النهار

وقد سمعت عن مريضين اصيبا بحالة اغماء خفيفة بعد زرق العلاج بثلاث ساعات او خمس ومع ذلك فان هذه العوارض نادرة الوقوع جدا ٠

البول الزلالي — قد عثرت في سير المعالجة على اصابات خفيفة بالبول الزلالي وبكثرة البول ولكن هذه الاصابات قد شفيت من تلقاء نفسها ٠

ويظهر لي ان نتائج المعالجة التي حصلت عليها في مدة ستة اشهر كانت وافية بالمطلوب سريريا الا ان تأثير العلاج على الدم لم يزل مظلما ٠

الشيستوزومیازیس

SCHISTOSOMIASIS

الدكتور : هاشم الوتري

حده — الشيستوزوميازيس هي طائفة من الامراض التي تتولد بدودة خيطية ثنائية التناتج (Digenetic) اى تتوالد بالتناسل وبغيره وتلك الدودة تنتمي الى عائلة الشيستوزوميده (Schistosomidae) وتسكن الاوعية الدموية في جسم الانسان وتوجد في مناطق مختلفة من البلاد الحارة ٠

يقسم الشيستوزوميازيس الى اربعة اقسام :

١ الشيستوزوميازيس البولي

ويطلق عليه ايضاً اسم البلهارزيايس (*) او البول الدموى وهو مرض مزمن ينشأ عن عدوى الاوردة الحوضية وخاصة اوردة المثانة واحيانا اوردة المعي المستقيم — بالشيستوزوما هيماتوبيوم ٠ فاذا رسخت بويضات هذه الدودة في غشاء المثانة المخاطي ، نشأ عنها البول الدموى والتهاب المثانة او امراض اخرى تتعلق بالجهاز البولي واذا حدث صدفة توضع تلك البويضات في المعي المستقيم احدثت انطلاقاً مخاطياً دمويا وتطرح بويضات الدودة مع الادرار وفي احيان خاصة تطرح مع البراز ٠

عامل المرض — الطفيلي — قلنا ان عامل المرض هو دودة تدعى شيستوزوما هيماتوبيوم وهي دودة شريطية وحيدة التناسل منها ما هو ذكر ومنها ما هو انثى

اذا كان الدود ذكراً فطوله واحد الى واحد ونصف سنتيمتر وعرضه واحد ميليمتر واذا ما نظر اليه يظهر للعين وكانه اسطوانيا وسبب ذلك التواء حافتي جسمه لتكوين ميزابة تدعى بالقناة الحاملة للانثى (Canal gynaecophorique)

والانثى يكون لونها قاتماً وطولها ٢ — ٢،٥ من السنتيمترات اى اطول من الذكر وهي موضوعة قسما في ضمن القناة الحاملة للانثى ويسكن الدود في دم وريد الباب وفروعه المساريقية ولكن قسما منه ايضاً يقطن الضفائر الوريدية العانية والمثانية والرحمية

والدود بيض بيضي الشكل ويوجد في احد طرفيه شوك

(*) نسبة الى بلهارز مكتشف طفيلي المرض في عام ١٨٥١ ٠

وطوله ١٦ر٠ مليمترات ويطرح من البدن عادة بواسطة الادرار ونادراً بواسطة البراز ·

والبيض اذا لامس الماء يفقس ويخرج جنينا نشيطا تحيطه اهداب ويدعى هذا الجنين باسم الميراسيديوم وهو يدخل قاعدة جسم الحازون (الزالنطح) الذى يعيش فى الماء وهذا الحازون ينتمي غالبا الى صنف البولينوس Bullinus من جنس المولوسك وينمو جنين الدودة فى كبد الحلزون اوفي غدته الهضمية في داخل جسم مستطيل يشبه الكيس يدعي الكيس الجرثومي Sporocyst وفى هذا الكيس يتولد كيس جرثومي آخر وهذا الاخير يتكاثر بسرعة بحيث ان الكبد يصبح مفعما بهذه الاكياس الطويلة الرقيقة الشفافة التى تشبه الانابيب وهذه الاكياس تنتج السرفة الملقحة وهي السركاريا Cercaria وتطرحها في الماء والزمن الذي يقتضي لانتقال الطفيلي من طور الميراسيديوم الى طور السركاريا هو ١٤ يوما اذا كانت الحرارة ملائمة ·

والسركاريا التى تعوم في الماء تدخل بدن الانسان الذي يلامس ذلك الماء بواسطة الجلد واذا اخترقت الجلد دخلت الاوعية اللنفاوية او الدموية ومنها تتصل بالكبد وبعد دخولها بست اسابيع تصل الى حد البلوغ التناسلي وتنتج البيض·

وقد اكتشف الدكتور خليل (*) ان تفقس البيض فى الماء منبعث عن الضغط الحلولي الذى فى السائل وتتعطل هذه الحادثة اذا كان الماء يحتوي على ٧٥ر٠ فى المائة من الملح

التغيرات المرضية التي يحدثها الدود فى الانسجة: — تختلف انواع التغيرات التى تنبعث عن الشيستوزوما بحسب درجة العدوى وامتدادها · واول الاعضاء اصابة بتلك التغيرات هى جدر المثانة البولية ويكاد يكون ذلك فى جميع وقائع المرض· وترى آفات المثانة في ادوارها المبكرة حتى بالنظر العادى فيرى في غشائها المخاطى بعض الاحتقان فى الاوعية الصغيرة واندفاعات حويصلية فى غاية من الدقة اوارتفاعات خططوبة في سطح الغشاء · واذا امتحنت هذه الارتفاعات بالبحث المجهري شوهد انها تحتوى عَلَى بويضات موضوعة ضمن الاوعية الدقيقة · ويري ماعدا ذلك وخاصة فى المثلث المثاني بقع من تثخن التهابى تبرز قليلا من تحت الغشاء المخاطى وكانها غدد سميكة صلبة يسمع لها صوت عند قطعها بالسكين لانها مكونة من مادة رملية · وفي الواقع ان تلك البقع البارزة والثخينة هي حاصلات الحوادث الالتهابية المنبعثة عن اكداس البويضات وتكدس البويضة خاصة فى الطبقة تحت المخاطية ولا تتوضع الا قليلا في الغشاء المخاطي والطبقة العضلية للمثانة · وتوجد البويضات جماعات محاطة بنوع من الخثرات المكونة من النسيج الضام او توجد مفروشة فى احدى الاوعية الصغيرة حيث ينسد هذا الوعاء بها· وليس من النادر ان يشاهد عَلَى سطح البقع التي سبق ذكرها رسوبات من املاح الفوصفات تحتوي كذلك عَلَى البويضات وفى بعض الاحيان يشاهد عَلى تلك البقع خشكريشات دقيقة · وفضلا عن هذه البقع المتصلبة يشاهد في باطن المثانة انواع مختلفة من زوائد تشبه البوليب Polyp بارزة في تجويف المثانة ويكون البعض منها

(*) طبيب مصرى.

متقرحا · وهذه الزوائد تحتوي عَلَى الطفيلي نفسه اكثر من احتوائها عَلَى بويضاته

هذه هي التغيرات النوعية التى يعثر عليها فى الغشاء المخاطي للمثانة واما الطبقة العضلية لهذا العضو فهي تتضخم وبنتيجة هذه الضخامة تضيق سعة المثانة ويتغطى سطحها المخاطي بمخاط دموى يحتوى عَلَى البيض ويوجد في هذا السطح احيانا احجار صغيرة مكونة من املاح الفوصفات اما ملتصقة بجدر المثانة من الباطن او اما توجد سائبة في تجويفها ·

وليس من النادر ان تقع نظيرهذه التغيرات فى الحالبين وخاصة فى قسمية السفليين وفي احوال نادرة تنتاب الآفة حوضة الكلي نفسها فينسد الحالب بالحصى والضخامة التى تنتاب غشاءه المخاطي وهذا ما يؤول الى توسع الحوضة وضمور جوهر الكلي ومن هذا يتضح بسهولة كيف أنّ هذه التغيرات فى المثانة والحالبين تؤدى اخيرا الى اكياس الكلى المائية (Hgdronephrosis) اوالتهاب الحوضة الصديدى اوخراج الكلى اوماماثلها من الافات الثانوية ·

ويوجد فى بعض الاحيان ضخامة فى البروستات ناشئة عن ترشح البويضات فى هذه الغدة ·

والضخامة المنبعثة عن الشيستوزوما قد توجد ايضا في الحويصل المنوي اوفى جدر المهبل اوفي عنق الرحم وحينئذ يرى فى المصاب سيلان مهبلي دموي يحتوى عَلَى البويضات·

وقد عثر على كمية قليلة من بويضات الشيستوزوما فى الكبد وفى الحصي الصفراوية وفي القلب والكلي وقد سجلت حوادث نادرة اتفق فيها وجود تلك البويضات في الدماغ والحبل الشوكي والرئتين وربما كانت الشيستوزوما سببا لبعض الاورام اللاحقة بارابطة الرحم وبريطونه ·

ويمكن اظهار البويضات ورؤيتها في الانسجة باذابة القطعات المراد فحصها في محلول من البوتاسا بنسبة ٣ فى المائة ·

الاعراض : تختلف الاعراض التى يولدها الشيستوزوما هيماتوبيوم اختلافا شاسعا · وفي اغلب الحالات لايشعر المريض باى اضطراب كان · ومثالا لذلك اوردفيما يلى حادثة وقعت اخيرا في غرف الامراض الداخلية فى المستشفى الملكي وهي ان رجلا فى نحو ال٤٥ من العمر كركوكى الاصل ارسل من الهنيدي حيث كان يشتغل بصفة حمال — الى المستشفى الملكى وكان يشكو من الم شديد في الجانب الايسر من الصدر وسعال ونفث وضيق نفس وحمى وقد بدأ مرضه هذا منذ ثمانية ايام فقط ولم يشعر المريض قبل هذا باي اضطراب كان ولما فحصت المريض وجدته مصابا بذات الرئة في الجهة اليسرى من الصدر وقد عرض لنا صدفة ان شاهدنا بويضات الشيستوزوما في غائطه حين البحث عن بويضات الانكيلوستوما حسب عادتنا عند فحص كل مريض جديد يدخل المستشفى وكان وجود تلك البويضات في الغائط قد ساقنا الى البحث عنها في ادرار المريض فوجدت هنا بكثرة فاستقر رأي حينئذ على ان ذات الرئة فى هذا المريض منبعثة عن ذلك الدود ولم يطل اجل المريض ففارق الحياة فجأة في صباح ١١ كانون الثاني ١٩٢٧ وعند ذلك فتحت جثته بحضور الدكتور شوكت الزهاوى واخذنا كلانا نبحث

في هذه الحالة التي بدت لنا غريبة في بابها ووجه الغرابة هو ان المتوفى لم يتألم ابدا من الشيستوزوما التي فعلت في امعائه ومثانته ما فعلت من التغيرات . وقد تولى الدكتور شوكت الزهاوي البحث عن الدود وبويضاته في المعي المستقيم والمثانة والرئة فعمل مقاطع من كل من هذه الاعضاء واهتدى اخيرا الى مشاهدة الدودة نفسها في احد اوعية المستقيم حيث كان القطع قد نال الدودة مستعرضا فشقها من الطول فكانت ترى بكاملها بابدع شكل يمكن الحصول عليه وقد شاهد البويضات مبثوثة بين طبقات جدر المثانة واما الرئة فكانت مؤوفة بذات الرئة وكانت ميكروبات هذا المرض تشاهد جليا تحت المجهر . وقد عرض الدكتور شوكت الزهاوي تحاضيره البديعة هذه على اعضاء الجمعية الطبية في الجلسة المنعقدة في ٢٣ شباط ١٩٢٢

هذا ما اردت تسجيله مثالا على ان المرض في بعض الاحيان يصيب الشخص بدون ان يترك في بدنه اي اضطراب كان .

هذا من جهة ومن جهة اخرى تشاهد في بعض الاحوال ان المرض يؤدي الى اعظم الاضطرابات وقد يسبب الموت احيانا بما يحدثه من الافات الخطرة في اعضاء البول .

وقد ذكر حدوث اعراض تسممية مبكرة كالحمى والشرى (Urticaire) وتظهر هذه الاعراض عادة بعد اتصال عدوى المرض باربعة اسابيع .

وللمرض دور حضانة يختلف امتداده بين الثلاثة اشهر والسنتين ونصف ٧٠ .

واميز الاعراض التي تدل على وجود الطفيلي في جدر المثانة هو خروج الدم في اواخر البول بدون ان يشعر المصاب بتخرش في مجاريه البولية : وتزداد كمية الدم وتشتد درجة التخرش بالتعب الجسماني وباهمال نظام الحمية وبجميع الاسباب التي تعد من بواعث التهاب المثانة او تشديده واعتياديا يخرج الدم مع عدد قليل من القطرات البولية الاخيرة ومع ذلك فقد يشاهد احيانا نزف دموي غزير فيصبح البول جميعه ممزوجا بالدم وربما خرجت منه جلط من الدم .

وفي الحالات المعتدلة اذا افرغ الادرار في قدح من الزجاج ونظر الى القدح في منعكس الضياء يرى فيه جالحات دقيقة اولويحات مخاطية عائمة في السائل واذا ركد البول رسبت منه جالحات اوربما جلط من الدم في قعر الوعاء واذا اخذت قطرة من هذا الراسب ووضعت تحت المجهر وجدناها تحتوي على كرويات الدم وحاصلات تزلوية ويوجد معها عدد كبير من البويضات المشوكة الخاصة .

وافضل طريقة للعثور على البيض في الحالات المشتبهة التي يندر فيها وجوده هي ان يبول المريض اولا الى ان تفرغ مثانته ثم تجمع آخر قطرات من البول في وعاء نظيف بتمسيد الذكر فهذه القطرات لابد ان تحتوي على البيض .

واشهر اعراض المرض هو الالم فاذا وجد فان المريض يشعر به وكانه حس ضجر مبهم يأخذ فوق العانة او الم عميق في العجان . ومن الاعراض الدارجة كثرة الاحتياج الى افراغ البول وقد يصحب هذه الاعراض التي تبدو من

جانب الجهاز البولي — اعراض شرجية وهي خروج الدم والمخاط من المقعد واذا ما ادخل الاصبع وجدت قروح في اعالي فصوص البروستات وهذه الافات الموضعية يجوز ان تكون ناشئة عن الشيستوزوما هيماتوبيوم وحدها ومع ذلك فلا يجب ان يغرب عن الذهن انه ربما كانت هذه الدودة مصحوبة بدودة اخرى من جنسها وهي الشيستوزوما مانصوني وحينئذ يكون المرض ناشئا عن عاملين وتقع نظير هذه الحوادث بكثرة في وادي النيل ولم نعثر عليها في هذه البلاد لان الدودة الاخيرة لم توجد في العراق الى حد الان وقد يقع في بعض الاحيان ان تخرج الدودة نفسها مع الادرار ويحصل ذلك عادة عندما يخرج نزف دموي غزير حاصل عن تمزق احد الاوعية .

وهذا المرض الذي سميناه بالبول الدموي يطول امده اشهر واعوام . ولا يشفي المريض منه شفاء تاما بلا معالجة الا فيما قل وندر وفي الحالات المعتادة يأخذ البول الدموي في التناقص على شرط ان لا تكون هناك عدوى جديدة ويتناقص البول الدموي في هذه الحالة مع ان اطراح البويضات مع الادرار يستمر اعواما طويلة . وفي الحالات الشديدة يتفوق التهاب المثانة على جميع الاعراض ويصبح هذا اعظم باعث لآلام المريض . وليس من النادر ان تصبح البويضات في المثانة نواة لحصاة جديدة وعندئذ تنقلب صفحة المرض الى صفحة اخرى وهي الحصى البولية . واحيانا تعمل الطفيليات على ايجاد التولدات الجديدة وبهذا النمو في جدر المثانة تصبح الاعراض اشد وخامة ويكون البول الدموي

اشد غزارة فتكون المثانة اما منضخمة واما متكمشة واما متمددة . هذا من جهة المثانة . وهناك اعراض اخرى تنضم الى تلك الاعراض وهي تحدث في البروستات او الحويصل المنوي فتعمل على سلامة المني وسيلانه . وفي هذه الحادثة الاخيرة وجدت البويضات في السائل المنوي وفي حالات اخرى تتجاوز الآفات المرضية على الحالبين والكلي فتؤول هذه الافات الى تمدد الحالبين والهيدرونفروز وتتبع عادة تلك الافات عدوى عفنة في المسالك البولية مصحوبة بالتهاب نتن في المثانة وبنتيجة الاضطرابات التي يقاسيها المريض من جراء هذا النوع الوخيم من العدوى يصبح البدن فقير الدم نحيلا هزيلا مستعدا للامراض الطارئة عرضا

وقد ذكر بعض المؤلفين (Milton) كثرة حدوث النواسير البولية في مصر بسبب امراض الشيستوزوما في مجري البول وتوجد هذه النواسير في اي موضع من المواضع المجاورة للاعضاء التناسلية والا انها تكثر خاصة في العجان وفي الوجه الخلفي للصفن وبالطريقة نفسها تحدث اختناقات مجرى البول ويحدث في الرجال تورم في الذكر ناشئ عن ترشحات البويضات يشبه الورم الحاصل في داء الفيل وقد يؤل هذا الورم الى انسداد الفتحة البولية وهذا ماوجدناه نحن بكثرة في العراق لاسيما في طبقة الفلاحين .

وقد ينشأ عن الطفيلي التهاب المهبل او عنق الرحم وربما حدثت انتفاخات تشبه الحلمات في الفرج تحتوي على

بويضات الشيستوزوما وشوهد مثل هذه التولدات حول الشرج

وتتوضع البويضات في الرئة فتحدث فيها ذات الرئة خلالية او تتمركز في المخ والنخاع الشوكي فتحدث الصرع او الفلوج

التشخيص : — ليس من الصعب تشخيص هذا المرض . اذا وجدت البويضات في الادرار فهي تدل على وجود المرض بصورة باتة ولا تبقى مجالا للشك في ذلك الا ان المرض في بعض الانحاء يتحد بامراض اخرى كالبول الكيلوسي والحصى البولية والاورام الثانية والتهابات المثانة الناشئة عن الغونوره او الالتهابات الصديدية في حوض الكلى او امراض البروستات فيجب حينئذ التيقظ في كل من هذه الاحوال في تمييز العوامل الخاصة التي تعود اليها الاعراض المختلفة . واذا كان الشيستوزوما مصاحبا للبول الكيلوسي وهذا ما يندر وجوده في العراق، فيجب حينئذ ان يحتوى البول علاوة على الدم على شيء من الكيلوسي وفي اتحاد هذين المرضين ترى العلقة الدموية التي يطرحها الادرار اخف مما هي فيما لو كان المرض منفرداً ويرى انها تحتوى على حبيبات وكريوات من الزيت ومن المحتمل جداً ان يوجد فيها (الفيلاريا) مع بويضات الشيستوزوما . واما الحصى في المثانة فاذا اشتبه من وجودها فمن الممكن البحث عنها بالميل (المسبار) واذا خطر ببال الباحث وجود التهاب في المثانة ناشيء عن الغونورة ففي وسعه تحقيق ذلك بالبحث عن هذا المرض وكذلك امراض البروستات فيمكن تحقيقها بالبحث عن حالة هذه الغدة ومع ذلك فقد تعترض التشخيص صعوبات جمة في بعض الاحيان وخاصة اذا كانت البويضات قليلة العدد او ان اطراحها قد انقطع بسبب موت الدود المولد لها وعلى كل حال لا بد من وجود البيض مهما كان قليلا في البضع قطرات الاخيرة من البول واذا تعذر وجودها في الادرار، يدخل اذاً مسبار في المثانة ويحك به باطنها وعند اخراج المسبار يفحص بالمجهر ما يعلق به من شذرات الغشاء المخاطي وعندئذ يمكن العثور فيه على بويضات قليلة ربما كانت متكلسة ولكنها تعرف حالا بالشوك الذي يحملها احد طرفي البويضة

وهناك تفاعل يدعى بتفاعل (فرلي) Reactionde fairley يحسن بنا ان نذكره هنا في صدد التشخيص قد ذكر الدكتور (فرلي) تفاعلا يشبه تفاعل (واسرمان) قدار اد به تشخيص المرض بفحص دم المصاب ويستخدم في تفاعله هذا خلاصة اكباد الحلزونات التي اصيبت بعدوى الشيستوزومياز ويتخذ هذه الخلاصة بمثابة مولد للضد (antigen) ويستحضرها بتعطين عدد من الاكباد المحتوية على السركاريا في الكحول المطلق وبترشيحها وتجفيفها بالتبخير والخلاصة الجافة التي جهزها بهذه الصورة يستخدمها في تحضير خلاصة ملحية يستعملها كمولد للضد بعد تعيين الجرعة المضادة للمتمم Anticomp lementair وطريقة عمل هذا التفاعل هي كالطريقة المتبعة في تفاعل واسرمان المستخدم في تشخيص السفلس وقد عمل الدكتور فرلي خلاصته تلك من الكبد المحتوى على سركاريا (نقف الشيستوزوما مانصوني) ومع ذلك فان مفعولها

يجرى ايضا في الدم الذى اصيب بالشيستوزوما هيماتوبيوم بنسبة ٨٩ في المائة من الحالات المبكرة وفضلا عن ذلك فقد ذكر في الايام الاخيرة ان مثل هذا التفاعل يقع ايضا مع مولدات الاضداد التي جهزت من دود (الفاسيولا الكبدية) ولذلك فليس للتفاعل خصوصية ويتم مفعوله في جميع انواع الشيستوزوما

وقبل ان نختم بحث التشخيص في علينا ان نذكر استطراداً البحث بمنظار المثانة ، (Cystoscopie) عندما يكون المرض موضعياً وفي ادواره الاولى اى بعد شهرين من مبدأ العدوى يشاهد بالسيستوسكوبي ارتفاعات سنجابية اللون منفصلة بعضها عن بعض وموضوعة حول كل من فوهتي الحالبين في المثلث المثانى وفي ادوار المرض المتأخرة يظهر في هذا الموضع نزيف دموى محاط بالتهاب ويشاهد اخيراً بقع رملية واورام حلمية

العلاج : — ان انجع علاج لمرض الشيستوزوما هو طرطرات الصوديوم والانتيموان ويستعمل هذا العلاج حقناً في الاوردة ويرجع الفضل في استعماله في هذا المرض للدكتور خريستوفرزون (Christopherson) وقد اجمع الرأى في اكثر انحاء العالم على صحة النتائج الشفائية التي يحصل عليها من هذا الدواء وهو يتلف الدود الكهل ويظهر تأثيره بزوال البيض من البول وقد اتضح ان العلاج اسرع مفعولا في الدودة البالغة ويضعف فعله اذا كانت الدودة لم تزل في طور (السركاريا) او (الميراسيديا) وليس له تأثيراً على البيض

وكيفية استعمال العلاج هي ان يحقن في الوريد يوما ويترك في اليوم الذى يليه ويستمر على ذلك الى اربعة او ستة اسابيع ويحقن في البدء نصف حبة من طرطرات الصوديوم والانتيموم مذابة في ١٠ س م٣ من ماء مقطر حديثاً ومعقا ويزاد مقداره تدريجياً بمعدل نصف حبة في كل مرة الى ان يبلغ الجرعة العظمى التي يتحملها الشخص في كل حقنة وهى تتراوح بين حبتين وحبتين ونصف .

وليس من الضرورى في كل وقت اذابة العلاج في ١٠ س م٣ من الماء المقطر بل ان ٦ س م٣ منه تفي بالمطلوب عندما تكون مقادير العلاج تحت الحبة الواحدة ومجموع الجرعات التي ينبغي حقنها داخل الوريد لاتلاف الدود عن آخره هي ٢٥ — ٣٠ حبة من طرطرات الصوديوم والانتيموان وبنتيجة هذه المعالجة يرى ان البول يأخذ في التحسن باكرا ولم يبق فيه اثر للدم بعد ان يبلغ مقدار العلاج ١٥ حبة . وللاطفال يكفى ان يكون مجموع الزرقات ١٠ حبات والجرعة العظمى التي يتحملها في الزرقة الواحدة هى حبة لا غير . ومتى بدأ بالمعالجة ينبغي الاستمرار عليها حتى النهاية بدون انقطاع لان الزرقات اذا انقطعت اسبوع او اكثر يحصل انتكاس المرض

وهناك علاج آخر وهو الامتين (Emetine) ولا شبهة في انه قاتل للشيستوزوما ويفضل استعماله لمعالجة الاطفال الذين لا يستطيعون تحمل الانتيمون او الذين يتعذر اجراء الحقن داخل اوردتهم لصغر قطرها ولا يخفى ان الامتين يزرق داخل العضلات ويبدأ بزرق الامتين بمقدار نصف حبة واعظم جرعة تزرق للطفل في مرة واحدة هي حبة واحدة والمعالجة تتم بمجموع ١٥ — ١٧

حبة ومن الممكن حدوث ظواهر تسممية حين استعمال العلاج كالاسهال والقيء والتهاب الاعصاب ويمكن منع حدوث هذه العوارض اذا استعمل العلاج بالحيطة والحذر .

الوقاية من المرض : — ينبغي ان تحذر الاطفال خاصة من شرب مياه النهران والغدران والقنوات او السبح فيها اذا كانت هذه في مناطق يستوطن فيها المرض وكذلك يجب انذار الصيادين بالامتناع عن الخوض في مياه الاهوار التي يكثر في جوارها وقوع المرض ولا خطر من مياه المستنقعات المالحة . ونظراً الى ان جنين الشيستوزوما يدخل جسم حلزون الماء حالما يدنو من الماء العذب الذي يجده فيه وينال جسم الانسان بعد ان يقطع تطوراته في النمو — فمن الواضح انه اذا منع عن دخول الماء او بالاحرى اذا غلي ماء الشرب او رشح قبل استعماله ، يمتنع فعلاً انتشار المرض من شخص الى آخر . ولذلك ينبغي بذل كل العناية في منع انتشار المرض بمنع اطراح القاذورات في او جوار المياه التي يجد فيها تقف الدود (الميراسيديا) جواً صالحاً لنموه وانتشاره ولا ينبغي ان تنحصر المنع في الاشخاص الذين تتضح فيهم ظواهر المرض بل يجب ان يشمل الجميع لان التحقيق قد اظهر ان هناك عدد كبير من المصابين بعدوى المرض لا يشعرون باي عرض مزعج مع انهم مصابين به وربما كانوا لا يعلمون ذلك وقد اوصى بعضهم بتجفيف قنوات الري بين وقت وآخر واستعمال السماد الكيمياوي لقتل الحلزونات ، واستعمال بعض الادوية لاهلاك السركاريا ويستعمل لماء الشرب كبريتات الصودا ولماء الاستحمام الغليان او الايزول والسكر بولين والكريوزول بنسبة (١:١٠،٠٠٠) وفى معظم البلاد الحارة يستعمل الكلورين لتعقيم الماء بنسبة (١:١،٠٠٠،٠٠٠) ولكن يظهر ان هذه المادة لا تؤثر في الثقف الحي واذا اضيف الى الماء كمية كبيرة منها يصبح الماء غير قابل للشرب والثقف (السركاريا) لا يعيش طويلا وهو في البيئة الخارجية وفي الغالب يعيش على هذه الصورة ٤٨ ساعة ولكنه اذا دخل جسم الحلزون يعيش في حالته هذه اربعة اشهر والسركاريا السابحة في الماء تخترق حالا مراشح البلدية لانها في وسعها ان تخترق ٣٠ انجا من الرمل الدقيق في خمس ساعات ولكنها تهلك في الماء بمدة ٤٨ ساعة اذا لم تمكن في هذه المدة قد صادفت جسما حياً ملائماً لايوائها ولا ينبغي ان تغيب هذه النقاط المهمة عن نظر رجال الصحة

٢ . الشيستوزوما المعائية

هي ثاني انواع الشيستوزوما وهي مرض مزمن مسببه الشيستوزوما مانصوني وهي دودة تسكن الامعاء وتبعث عنها الاسهال واعراض اخرى يرجع اصلها الى القناة المعائي ويحتوي غائط المصاب على بيض الطفيلي المذكور . وقد تأخذ المصاب حمي في بادئ الامر ناشئة عن امتصاص السموم التي يفرزها الطفيلي البالغ

الطفيلي : — هذا الطفيلي مشابه جداً للشيستوزوما هيماتوبيوم الذي سبق ذكره والفرق بينهما هو ان الطفيلي الذي نبحث عنه الان اصغر حجماً وان انثاه تطرح من

بيضة او بيضتين في وقت واحد وهو امر يرجع احتمالا الى نوع خاص في تكوين انسجة الرحم وبيضته بكسم المغزل ولها شوك قصير من الجانب ، بخلاف بيض الشيستوزوما هيماتوبيوم حيث تكون اشواكه طويلة وفي احدى طرفيه) ويطرح البيض مع الغائط ومن النادر ان يتم اطراحه مع البول واذا فقس البيض يخرج منه ثقف مهدب يدعى (ميراسيديوم)

التغيرات النسجية التي يحدثها المرض : — يمكن العثور على عدد كبير من البيض في الكبد حيث يولد فيه نوع خاص من التشمع ويعمل البيض في الامعاء على احداث بقع رملية متولدة من انقاضه الكلسية وتستولى تلك البقع على منطقة واسعة من سطح الامعاء باطناً وهذا يؤول الى حدوث اسهال حاد يشبه الهيضه وتتكون على سطوح الامعاء وفي خلايا الكبد رسوبات من حبيبات سوداء وتتضخم العقدات اللمفاوية والطحال ومن الممكن ان تكون ضخامة الطحال ناشئة عن امتصاص السموم

ويمكن تقسيم الافات التي تصيب الامعاء الغليظة الى اربعة انواع — (١) تثخن الغشاء المخاطي (٢) تكون الاورام الحليمية (Papilloma) في باطن الامعاء (٣) اورام حول الامعاء الغليظة (٤) البوليب في الاعور وتغلق الامعاء بسببه

الاعراض : — ان مواطن الطفيلي الاساسية في الجسم هي وريد الباب في الكبد والاوردة المساريقية في المعاء وتتوضع بويضاته تحت الطبقة المخاطية التي تغشي باطن المستقيم وتحدث اعراض مماثلة للزحار تبدأ بعد اتصال العدوي بستة اوسبعة اسابيع باطراحات مخاطية ممزوجة بالدم تخرج بين حين وآخر واخيرا يزداد انطلاق البطن ويخرج الغائط بالزحير مشتملا على البويضات وعند انكشاف المرض ترى حول فتحه الشرج احيانا تولدات لينة صغيرة تشبه البواصير وقد تمتد غالبا الى اعلى حيث الالتواء السيني واذا نزعت احدى هذه التولدات ومزقت ترى في ثناياها البويضات .

والاعراض العامة التى نشاهد في هذا المرض هى الحمى المنقطعة والاورتيكرر والقشعريرة واعراض رئوية ويقال ان كمية الاوكوسيت تزداد في الدم فتفيض عن نسبة ٧٦ في المائة .

وفي ادوار المرض الاخيرة تتكون في البطن اورام كبيرة تدرك بالجس بسهولة وبسببها يصيب الامعاء ركود او انتفاخ وليس من النادر ارتشاح البويضات في الاليتين وتوليدها هناك صلابة ثم نواصير والمرض اذا احدث في الكبد التشمع فعلى اثره يتكون استسقاء البطن (الحبن) ومن مضاعفات المرض النادرة حدوث ذات الرئة في الصدر ناشئ عن توضع البويضات في الرئتين .

ويشتد احيانا الاسهال فيأخذ طور الهيضة وحينئذ يكون وخيم العاقبة .

وقد ذكر ان في بعض المناطق يحدث هذا المرض لاسيما في الاطفال نوعا من تشمع الكبد مصحوب بضخامة الطحال ويؤدى ذلك حتما الى الهلاك . وفى هذه الحالة لم يعثر على بويضات الطفيلي في الطحال ولكنها وجدت في الكبد بكثرة .

تشخيص المرض :— يبنى التشخيص عَلَى روءية البويضات في الغائط بواسطة الميكروسكوب وقد يندر وجودها فيه احيانا ولذلك يتعين فحص الغائط مرارا عديدة قبل البت في عدم وجودها ووجودها في الغائط الصلب ايسر منه في الغائط السائل وكثير من حالات المرض تغيب عن نظر الباحث وتمكث في طي الخفاء ·

ويمكن استخدام تفاعل (فرلي) الذي سبق ذكره في بحث الشيستوزوما هيماتوبيوم لتشخيص هذا المرض بنفس الطريقة المستخدمة هناك ·

وفي امراض المعى المستقيم ينبغي توجيه الشبهة الى الشيستوزوما مانصوني واذا وجدت التولدات فيه ينبغي البحث عن البويضات فيها وفي جميع هذه الحالات يجب بحث المعي المستقيم بالاصبع للتحقق من وجود التولدات في الداخل كما انه يجب جس البطن من الظاهر لادراك التغيرات والاورام التي تكون في جدر الامعاء الغليظة ومقرها في الغالب القولون المستعرض والقولون الحوضي

وهناك مرض يدعى بضخامة الطحال المصرية (Splenomegalie Egyptièn) يجوز انه ناشئ عن التغيرات التي يحدثها هذا الطفيلي في الامعاء ·

وهذا المرض لايوجد في العراق او انه يوجد ولكن لم يثبت احد الى الان وجوده بصورة مقنعة والذي يوجد عندنا من الشيستوزوما هو النوع البولي الذي سبق ذكره واما المرض الذي نحن بصدده فهو كثير الوجود في افريقيا الشمالية ووادي النيل والهند وامريكا الجنوبية ·

المعالجة :— يفعل هذا المرض في جسم المصاب من التغيرات في الاعضاء ماهو اوسع نطاقا واشد وطأة مما هي في الشيستوزوما هيماتوبيوم وتلك التغيرات ناشئة قسما عن رسوب البيض وقسما عن الامتصاصات السمية ومن الممكن كما قال البعض في مصر ابادة الدود البالغ بواسطة طرطرات الصوديوم والانتيمون ولكن لا تأثير لهذا العلاج عَلَى التغيرات التي احدثها ذلك الدود · وينفع العلاج خاصة في ادوار المرض المبكرة واما في ادواره الاخيرة فلابد من الالتجاء الى عمليات جراحية لرفع التولدات التي تسد الامعاء ·

ذكر البعض من الاطباء (دوابي وفهمي) ان اوجه طريقة للحصول عَلَى الشفاء التام في امراض المعي المستقيم الواسعة النطاق هي حذف قناة الغشاء المخاطي برمته ويمكن رفع هذا القناة بسهولة الى ارتفاع ١٢ — ١٥ عقدة وتنجح هذه العملية في الغالب ولكن لا يمكن تطبيقها على المرضى المصابين بفقر دموي او هزال في الجسم

وطرق الوقاية من هذا المرض لاتختلف عن التي ذكرناها في صدد البحث عن النوع البولي.

بقي من بحث الشيستوزوما نوعان وهما (٣) الشيستوزوما الاحشائية (اوضخامة الطحال المصرية) و(٤) شيستوزوما الشرق الاقصى وكلاهما لايوجدان في العراق لذلك نكتفي بذكر شيء موجز عنهما لزيادة الاطلاع فقط ·

٣ · ضخامة الطحال * المصرية

او الشيستوزوما الاحشائية

يوجد هذا المرض في القطر المصرى ويدعي ايضا بالفقر الدموى الطحالي وينتاب الاطفال والبالغين من الطبقة

* Splenomegalie Egyptione

العاملة ويلتبس مع انكساح في الاطفال ومع الانكيلوستوميازيس في البالغين ويسبب هذا المرض الفقر الدموى والحمى وتشمع الكبد واستسقاء البطن وضخامة الطحال ولا يعرف بالضبط نوع الشيستوزوما التي تولده ويغلب عَلَى الظن انها من نوع الشيستوزوما المعائية (مانصوني) التي سبق ذكرها · وليس له علاج ناجع

٤ · شيستوزوما الشرق الاقصى

ويعرف ايضا باسم الكاتاياما (Katayama) وهو مرض مزمن يستوطن الاقطار الشرقية من آسيا وسببه نوع من الشيستوزوما يدعى الشيستوزوما اليابانية · ويتصف بضخامة عظيمة في الكبد والطحال وباستسقاء البطن (الحبن) وتطرح بويضات الطفيلي مع الغائط ويكون المرض مصحوبا بالحمى والاورتيكاريا كسائر انواع الشيستوزوما

***

هذا ما قرأته وسمعته عن الشيستوزوما التي لا بد لكل عراقي منور ان يعلمه اتحفه لقراء المجلة راجياً من حضرات القراء ان ينبهوني الى خطاء ويعفوني عن هفوة ·

المقتبسات

عن اللانست :

البزموت في معالجة السفلس
Bismutr theatement of syphilis

بقلم الدكتور توماس في مستشفى القديس توماس — لندن

تعريب : هاشم الوتري

بدأ قبل خمس سنوات في استخدام البزموت كواسطة علاجية موءثرة في مكافحة السفلس والنتائج التي حصل عليها عدد من الباحثين في استخدام ذلك العلاج مختلفة جداً · واريد فيما يلي ان الخص المعلومات التي انتجتها التجارب في هذا الصدد ثم اثبت بالنظر الى اختباراتي قيمة النتائج التي استحصلها الباحثون من ابحاثهم

معلومات تاريخية عن العلاج :

ان معالجة السفلس بالبزموت قد خطرت اولا ببال بالزير (Balzer) في عام ١٨٨٩ ولكنه قد عدل عن استعماله بسبب التفاعلات السمية التي تحدثها املاح البزموت مع سترات الامونيوم عند حقنها للكلاب وقد وليه من بعده (Sauton) و (Robert) حيث امتحنا في عام ١٩١٦ مفعول الطرطر وبزموتات في السبيريللوزيس تما للينارو ووجدا ان للطرطر وبزموتات الصوديوم مفعول هالك اللاسبروكتاغ للينارو ولذلك يحق استعمال هذا العلاج في مداواة السفلس · وفي عام ١٩٢١ استأنف (Sazarac) سازاراك و (Levaditi) ولفاديتي عمل التجارب في الحيوانات وكانا قد قررا لاول مرة « ان الطرطر وبزموتات البوتاسيوم والصوديوم مفعول شفائي قاطع عَلَى السفلس الذي احدث في الارانب بالتجربة » وفي السنين التي اعقبت ذلك التاريخ قد عملا التجارب في الانسان واستنتجا « ان البزموت يضاهي افضل الادوية

المتخذة ضد السفلس» ويظهر انه اقوى مفعولا من الزئبق ولكنه اقل تأثيراً من الزرنيخ » وقد صدق هذه النتيجة الاستاذ ان فورنية و غينو (Guènot)حيث قالا انهما عالجا ٢٠٠ حالة من حالات السفلس بالبزموت ووجدا ان ان الاسبيروكت الباهت (Spirochoeta pallida) قد تلاشى فى جميعها بسرعة وقد ثبت لديهم ذلك بتفاعل فاسرمان الذى ظهر سالب النتيجة فى الدورة الاولى والثنية ·

طريقة فعل العلاج :

ان الطريقة التي يسلكها البزموت في الاستيلاء على مكروبات السفلس قد تحدث عنها لفادتى ونيكولو ويظهر ان البزموت لا يقتل الميكروبات في انابيب التجربة حتى لو انه مزج بالدم او به وبمصله ولكنه لو اضيف الى ذلك خلاصة طرية من الخلايا فان السائل يصير فعالا في الحال وفى هذه الحالة يصبح مستعداً لقتل الاسبيروكت · وعلى هذه الصورة وجد لفاديتي ونيكولو ان املاح البزموت القابلة للانحلال اذا مزجت بخلاصة كبد الارنب تنتج مادة تهلك طفيليات التريبا نازوما والسبريللا في داخل انابيب التجربة وتاتي بنتائج حسنة في السفلس وقد جعل البزموت فعالا باستخدام جميع انسجة الارنب والكبد من الحيوانات الاخرى · واعتبر ان خلاصة الكبد تحول البزموت الى مركب آخر وهو بزمو بروتئين اي بمعنى Bismoxyl--وهذا الاخير واحد التوكسالبومينات التي تتأتى من بروتئين الخلايا ، ويرسب من خلاصة البزموت والكبد اذا ركدت وينعزل عنها اثناء الحلول لانه غير قابل للحلول

ويقال ان البزموكسيل اذا جهز من خلاصة الدماغ يصير الف مرة اقوي من الذى قد جهز من العضلات · ويظن لفاديتي وجرارد ومانين ان اثراً دقيقاً من البزموت يحدث المناعة الكيمياوية ويقولون ان هذه المناعة خاصة بالبزموت وليس بين الادوية المضادة للسفلس ما يضاهيها فى هذا السبيل وقد قام الاستاذ كولله بعمل التجارب على ٢٦ ارنباً ملقحاً بالسفلس ووجد ان الارانب التي حقنت بالبزموت الغير قابل للانحلال لم تتكون فيهم القرحة الافرنجية بعد ١٠٩ يوماً ولكن هذه القرحة تتكون بسهولة في الارانب الذين اخذوا البزموت القابل للانحلال ومع ذلك فلا يريد الاستاذ كولله ان يتخذ هذه التجربة برهاناً على ان ترسب البزموت الغير قابل للانحلال فى الانسجة انما هو سبب الوقاية من السفلس

وهناك ابحاث قيمة قام بها الاستاذان (Kolle) و (Evers) وهي تفيد ان البزموت احرى به ان يوقف تفاعلات الانسجة بدلا من ابطاله عمل الميكروبات · وقد حقن محلولا معلقا من البزموت تحت الجلد فى اذن الارنب وقد لقح هذا الارنب بالسفلس بعد حقن البزموت باربعة اسابيع ولم يشاهد حدوث آفة افرنجية موضعية او عمومية الا بعد حذف رسوبات البزموت ببتر الاذن الذي اجري بعد ثلاثة اشهر من التلقيح · وعند ما قطعت الاذن تكونت القرحة بميزاتها الخاصة وشوهدت فى جسم الارنب سلسلة الاعراض الافرنجية بدون ان يلقح جسمه مرة ثانية

بمكروبات السفلس وقد اشار الطبيبان المذكوران الى نقطة اخرى وهي ان الارانب التى لقحت بمكروبات السفلس ولم تظهر فيها اعراض المرض بسبب رسوبات البزموت كانت ابدانها حاملة لتلك الميكروبات وقد وجدت هذه الميكروبات فى العقدات اللنفاوية المأبضية وهذا يدل على ان البزموت لم يمنع السبيروكت من النفوذ في الانسجة والسير فيها وهناك مسئلة اخرى ، ان الطبيبان المذكوران قد استحضرا مستحلباً من تلك العقدات اللنفاوية واظهرا بالتجربة ان هذا المستحلب اذا لقح به ارنب آخر اصيب ذلك الارنب بالزهري وهكذا اثبتا ان الارنب الاول مها ظهر سليما من المرض بسبب وجود البزموت في بدنه فان عقداته اللنفاوية تحتوى على الميكروبات وفي وسعها نقل العدوى الى ارنب اخر متى رفع من جسمه مستودع البزموت ·

وتدل هذه التجارب على ان العقدات المأبضية فى مثل هؤلاء الارانب الذين قاومت ابدانهم المرض في الظاهر — في وسعهم نقل العدوى وان البزموت احرى به ان يوقف المرض ببعض التفاعلات التى يحدثها فى الانسجة — بدلا من ان يكون له مفعولا مباشراً شافياً في المرض · واخيراً يتضح من تلك التجارب ان مفعول البزموت فى معالجة السفلس لا يفي بالمطلوب وليس دائماً ·

امتصاص العلاج واطراحه :

قد يتشبع جسم الانسان قويا من البزموت وقد برهنت الانسة دراغانيسكو (Draganesco ان طرطرات الصوديوم والبوتاسيوم والبزموت اذا حقن في داخل العضلات كان ذلك سبباً لرسوب البزموت فى الامعاء الغليظة والكلى والطحال والغدد اللعابية والمخ والكبد (وقل مقدار الراسب في هذه الاعضاء بحسب ترتيبها هذا) وان كمية البزموت في مختلف الاعضاء لا تتبع مقدار الدم الذي فيها وقد ابتكر لفاديتي ونيكولو ورصفائهما طريقة مبنية على مبادئ الانساج والكيمياء لتحرى البزموت في الانسجة وبهذه الطريقة يمكن تعيين البزموت فى الانسجة او في اخلاط البدن حتى لو كان مقداره ٠٫٠٠٠١ من المليغرام وقد دلت اختباراتهم على ان الكلى والرئة والطحال تحتفظ بقسط وافر من البزموت في حين ان الاقسام المؤوفة بالسفلس لا تحتوى الا على جزء من البزموت لا يعتد به ومعنى ذلك ان هذه المادة لا تتجمع فى الجهة التى اجري الاسبيروكت تخريباته فيها · وقد استخدم الدكتور كريستيانزن وغيره مقياس كهربائي لتعيين مقدار البزموت فى انسجة البدن المختلفة وقد وجدوا ان القلب والرئتين والكبد لا يحتويان الا على مقدار قليل من البزموت في حين ان الكلي كانت قد حبست من البزموت ما يعادل ضعف ما في الكبد ·

وقد عمل لفاديتى التجارب على الارانب بمركبات مختلفة من البزموت ووجد ان هذه المحاليل اذا اعطيت داخل العضل يكون امتصاصها تاماً لقابلية انحلالها · فكانت المركبات الغير قابلة للانحلال بطيئة الامتصاص فى حين ان امتصاص المركبات المنحلة كان يسير بسرعة وانها كانت تطرح من الكلي بسرعة استوجبت اضرار هذا العضو · ولم ينل الكلي فى الحيوان اى ضرر كان

عند استعمال املاح البزموت الغير قابلة للانحلال مما كان مقدار هذه الاملاح كبيراً واملاح البزموت الغير قابلة للانحلال والبزموت الفلزي لا يمتصان الا اذا كانا قد جعلا في الجسم قابلان للامتصاص قبلا باتحادهما مع البروتئين وهذا الاتحاد يؤدي الى احداث مركبات البروتئو بيزموت وهي تسير فى جميع اجزاء الجسم ويطرح معظمها عن طريق الكلى . وحوادث الفاغوسيتوز التي تقع فى العضلات تساعد عَلَى تكوين مخازن البزموت فيها وهذه المخازن تكون أعظم حجماً اذا كانت املاح البزموت غير قابلة للانحلال وهذه المستودعات تمون البدن بمقادير مناسبة من املاح البزموت العضوية التي تكفي لقتل جراثيم السفلس .

وطرق اطراح البزموت هي نفس الطرق التي يطرح منها الزئبق وقد ثبت وجود البزموت في البول والغائط واللعاب والدم والصفراء والعرق والسائل الدماغي الشوكي . ولاتجيز الدوائر المختصة وصول البزموت الى السائل الدماغي الشوكى ولكنه قد وجد هناك من قبل الدكتور (شيلر) بعد مرور ٩٦ ساعة عَلَى الحقن بالبزموت . ومن المحتمل ان تكون هذه المشاهدة صحيحة وانها تشير الى النتائج الحسنة التي يحصل عليها فيما لو استعمل البزموت فى معالجة سفلس الجملة العصبية .

وقد وجد كريستيانزن (Christiansen) وجماعة اخرى ان مقدار البزموت الذي تطرحه الكلي هو ضعف المقدار الذي تطرحه الامعاء الغليظة والاطراح يكون بعد الزرق داخل الاوردة اسرع حدوثا منه اذا كان فى داخل العضلات وكذلك يكون الاطراح باستعمال الاملاح المنحلة اسرع حدوثا مما هو عند استعمال المستحضرات الغير قابلة للانحلال وقد وجد (Grulızit) غروزيت ان سالسيلات البزموت اذا حقن مرة يصل اطراحه الي حده الاعظم بعد خمسة ايام و٧٧ الى ٩٢ في المائة من مجموع البزموت الذى يطرح من البدن وجد فى البول و٨ الى ٢٥ منه وجد في الغائط

وقد وجد (فورنية) البزموت فى البول بعد الزرق الاول ب ١٨ الى ٢٠ ساعة

وهناك تجارب مهمة عَلَى الارانب قام بها لئونارد (Leonard) واوبريان (O'Brien) وقد حسب في هذه التجارب بوجه الدقة حساب البزموت الذى يحتوى عليه طرطرات البوتاسيوم والبزموت وهي تدل عَلَى ان الجرعة التي يمكن احتمالها من طرطرات البوتاسيوم والبزموت الغير قابلة للانحلال (وهي ١٥٠ ميلغراما عن كل كيلو غرام من وزن البدن) هى اعظم من التى يمكن احتمالها من طرطرات البوتاسيوم والبزموت القابل للانحلال (وهى ١٠٠ ميليغراما عن كل كيلوغرام من وزن البدن) وان معدل الاطراح في الاملاح القابلة للانحلال اعظم منه فى الاملاح الغير قابلة للانحلال ويهبط معدل الاطراح في الاملاح الاولى تدريجيا قبل الموت في حين ان معدل الاطراح فى الاملاح الثانية يمكث على حد سواء عَلَى ممر الايام . ويهبط معدل الاطراح فى كلا الملحين عند زيادة مقدارهما وهذا الهبوط في الاطراح يتبع وسعه الاضرار التى تلحق بانابيب الكلي

وللدكتور لئونارد تجارب مهمة اثبتت ان جرعة عنصر البزموت التى يتيسر للارانب احتمالها اذا حقنت داخل العضل هي ٤٠٠ ميلغراما لكل كيلو غرام من وزن الجسم . وهذا المقدار اذا قورن بالمقدار الذي تتحمله هذه الحيوانات من طرطرات البوتاسيوم والبزموت الغير منحل — وهو ١٥٠ ميلغراما لكل كيلو غرام من وزن الجسم — تبين انه عظيم جدا . وفضلا عن ذلك فقد وجد الدكتور المذكور ان لعنصر البزموت درجات في تسمم الكلي تبتدئ من تعاطيه بمقدار ٨٥ ميلغرام عن كل كيلوغرام من وزن الجسم وتنتهى باقصي مقاديره وهو ٥ ميلغرام عن كل كيلو غرام من وزن الجسم واذا قسنا درجات تسمم الكلى هذه بما يماثلها عند استعمال طرطرات البوتاسيوم والبزموت تبين ان الاخيرة ضيقة جدا وهي تنحصر بين ١٢٠ و ١٨٠ ميلغرام من الطرطرات لكل كيلو غرام من وزن الجسم وهذا يدل على ان طرطرات البوتاسيوم والبزموت اشد مفعولا فى الكلى من عنصر البزموت نفسه .

انتخاب مركبات البزموت

تقسم مركبات البزموت الي اربعة اقسام كبيرة وهي : (١) المركبات الغير مذابة والمعلقة ذراتها فى الماء (٢) المركبات الغير مذابة والمعلقة ذراتها في الزيت (٣) المركبات المذابة ويمكن الحصول عَلَى هذه المركبات في التجارة باسماء عديدة ومجهزة بطرائق مختلفة

المستحضرات الغير مذابة والمعلقة ذراتها في الماء : — اكثر ما يستعمل من هذه المستحضرات : هيدروكسيد البزموت واوكس كلوريد البزموت والبزموت الفلزى وطرطرات الصوديوم بوتاسيوم بزموت . وهذه المركبات تورث قليلا من الالم اذا استعملت وحدها . ومع ذلك فان احد مستحضرات اوكس كلوريد البزموت يحتوي عَلَى الكلوريتون (Chloretone) وهذه المادة مخدرة ودافعة للتعفن ويوجد في اسواق التجارة مستحضر آخر هو ذرات رقيقة جدا من فلز البزموت المرسب معلقة في محلول من الغلوكوز ولهذا المحلول نفس ما لتلك الذرات من الضغط الحلولي وعليه فان هذين المستحضرين غير مؤلمين عمليا . وان المستحضرات الثلاثة الاولى تحتوى على كثرة من البزموت .

المستحضرات الغير مذابة والمعلقة ذراتها فى الزيت : — ان اشهر هذه المستحضرات طرطرات الصوديوم بوتاسيوم بزموت والبزموت الفلزى واوكسيد البزموت ويودوبزموتات الكنين وساليسيلات البزموت وهذه المستحضرات لاتورث الالم بقدر ما فى المستحضرات الغير مذابة والمعلقة فى الماء ولا تولد تفاعلا موضعيا فى محل الوخز ولا تحتوى عَلَى البزموت بقدر ماتحتويه المستحضرات التى ذكرت اولا .

المستحضرات المذابة : — ان اهم هذه المستحضرات هو طرطرات الصوديوم والبوتاسيوم والبزموت المذاب ويجهز هذا الملح من سميه الغير مذاب بمعالجته مع القلويات وقد استعمل هذا المستحضر في الاصل من قبل الدكاترة جانسه ليم (Jeanselme) وشوفاليه (Chevallier) وغيرهما وهذه الاملاح المذابة وان كانت تعطى نفس النتائج التي يحصل عليها من الاملاح الغير مذابة — فقد

تبذت بسبب مايحدث عنها من التفاعلات المرضية المنيفة والاوجاع الشديدة التى تعقب الوخز بها والقسمات العظيمة التى تحدث عنها وهذه استحضرات لاتحوى الاعلى قليل من البزموت .

هذه هى مستحضرات البزموت ولكل مؤلف فكر خاص في اختيار المستحضر الذى يظهر له لائقا بالنظر الى اختباراته الشخصية وهنالك تضارب افكار في هذا الميدان فالفرنساويون يستعملون طرطرات الصوديوم بوتاسيوم بزموت وبودويزموتات الكنين والامريكيون يستعملون الطرطر وبزموتات والساليسيلات والهيدروكسيدات والبودوكينات واكثر هذه رواجا الطرطر وبزموتات

ومجمل القول ان اختباراتي الشخصية دلت على ان افضل مستحضرات البزموت هو ملح البزموت الغير منحل او فلز البزموت نفسه معلق في الماء .

طريقة استعمال العلاج :

قد تصدى البعض لحقن البزموت الكولوئيدال داخل الاوردة ولكن سرعان ما نبذت هذه الطريقة لما قام حولها من الاعتراضات التي برهنت على ان مستحضرات البزموت اذا حقنت في الاوردة تصبح سميتها اقوى مما لو زرقت داخل العضل بعشرة مرات وقد اتضح ان ذلك العلاج فى الجلد لايفعل شيئا وقد اجمع الرأي على استحسان الطريق العضلي فى ادخال مركبات البزموت الى الجسم سواء كانت منحلة او غير منحلة ولم تذكر المصنفات الطبية شيئا عن ادخال هذا العلاج من تحت الجلد وهو فى نظرى

افضل الطرق فاذا صرفنا النظر عن المركبات التى تحقن فان الوخز في داخل العضلات نفسه يؤدى الى تكمش العضلات ومغصها ويورث المايتحدر الى الساقين ويمكن اتقاء هذا كله لوعملت الحقن تحت الجلد . ولا يجوز عدم الاكتراث الى هذه النقطة المهمة لان اهم الاسباب التي اوجبت استعمال البزموت بدلا من الزئبق هى أكون الاول اقل الما من الثانى . واعلم ان اوكس كلوريد البزموت قد هجر استعماله فى احدى مربيات لندن بسبب الاوجاع الحاصلة من استعماله داخل العضلات حين ان هذا المستحضر نفسه اذا حقن عميقا تحت الجلد لايولد اقل الم ماعدا اضطراب الم يدوم ٣٠ دقيقة ولا بد من حصول هذا الاضطراب فى عمل الوخزات . وقد دلت اختباراتى على ان هيدروكسيد البزموت وفلز البزموت نفسه اشياء غير مختلفة بعضها عن بعض من حيث التأثير وانما ينبغي ادخالها الى البدن عن الطريق الذى ذكرته وبهذا الطريق يمكن ايضا اتقاء الاخطار التي قد تنتج عن زرق العلاج قضاء في احد الاوعية وهو مايحدث كثيرا فيما لو وخز العلاج داخل العضلات ويجب على الممارسين ان يعلموا ان العلاج اذا وضع تحت الجلد مباشرة او بالقرب منه بدلا من وضعه تحت الجلد عميقا كان ذلك باعثا للالم والتصلب . ويسهل اتقاء ذلك بقرص الجلد والانسجة التي تحته بين السبابة والابهام واجراء الوخز من بينهما باغماد الابرة الى الصفاق الذى يغطي العضلة ويجب اغماد الابرة وحدها منفصلة عن الحقنة للتأكد من ان الابرة لم تدخل في احد الاوعية الدموية واذا تدفق الدم من الابرة

كان ذلك دليلا على دخولها فى احد الاوعية وحينئذ يجب سحبها قليلا وادخالها في اتجاه آخر . والعوارض التى تنشأ من دخول العلاج قضاء في الدورة الدموية اثناء حقنه فى العضلات هي في غاية من الخطورة ويجد القارىء مثالا لذلك في حادثة مشؤومة رواها الدكتور شنوى (C. F. Chenoy) واليك ملخصها : وخزت ابرة خطأ في احد اوردة الناحية الاليوية فاعقبها حالا وجع فى الصدر ومغص فى الساقين مع عرق واختناق وبعد ذلك اصيب المريض بالاغماء وعسر التنفس والشلل فى ساقيه ومات بعد ساعتين من الوخز .

ولذلك يجب عند عمل الحقن داخل العضلات انتخاب موضع الوخز بالدقة التامة في الربع الاعلى والوحشي من الناحية الاليوية واما اذا حقن العلاج تحت الجلد فلاعبرة في موضع الوخز ويمكن عمله فى اى نقطة من الالية . وقد اعتاد الكولونيل هاريصون L. W. Harrison حقن مركب البزموت والزرنيخ معا على هذه الصورة بابرة واحدة وفي مواضع مختلفة بدون وخز الجلد مرة ثانية . ومقدار العلاج فى كل زرقة هو ٠،٢٠ الى ٠،٣٠ سنتيغرام ويحقن مرة اومرتين في الاسبوع الى ان تبدو عَلَى الشخص علائم عدم التحمل ومن حيث العموم يحقن مجموع ٢ — ٤ غرامات في سلسلة من الوخزات يتراوح عددها بين ١٠ و ١٢

نتائج المعالجة بالبزموت

تختلف جدا آراء الباحثين ومشاهداتهم في الاقطار المختلفة حول هذا الموضوع . وقد كاد يخيب رجاء الكثير منهم في معالجة السفلس بالبزموت لولا ان اذاع فورنية نتائجه الرائعة في عام ١٩٢٢

تأثير العلاج عَلَى تفاعل فاسسرمان : — لم يمض على استعمال البزموت زمن كاف للبت في قيمته الشفائية وتأثيره المشهور عَلَى تفاعل فاسسرمان قد ذكر فورنية وغينوت (Guênot) في بلاغهما ان تفاعل فاسسرمان في ادوار السفلس الاولية يصبح سالب التفاعل بعد شوط واحد من المعالجة بالبزموت ويتم ذلك بنسبة مائة في المائة من هذه الحالات . وقد رأى بعض المؤلفين بعد تجارب دامت ثلاث سنوات ان البزموت مفعول قوى ودائمي عَلَى تفاعل الدم وذكر بعضهم ان البزموت لايفعل شيئا في تخفيف تفاعل فاسسرمان لافي الدم ولا في السائل الدماغى الشوكي في الاحوال الافرنجية العصبية وليس لهذا العلاج تأثير مخصوص عَلَى تفاعل فاسسرمان فى حالات التابس والشلل العام وان خفت وطأة هذين المرضين بسبب المعالجة .

وفى دائرة الامراض الزهرية اللاحقة بمستشفى القديس طوماس فى لندن — قد اجريت مقايسة بين النتائج الحاصلة من تفاعل فاسسرمان مع دم المصابين بالسفلس الحاد بعد ان عولج فريق منهم بالزرنيخ والزئبق والاخر بالزرنيخ والبزموت وكانت في كل من الفريقين اصابات بالسفلس الاولى والسفلس الثانوي وعولج كل مصاب من الفريق الاول بمقدار لايقل عن ٥ غرامات من النيوسالفارسان و ٨ غرامات من الزئبق وعولج كل مصاب من الفريق الثاني بنفس الكمية من النيوسالفارسان ومقدار

من البزموت لايقل عن غرامين وبمعدل ٣٦٦ من الغرامات . وقدرت النتائج بتفاعل فاسسرمان مع مصل الدم الذي اخذ من المصابين بعد انتهاء معالجتهم بشهرين وقد عملت نسبة مئوية مستندة الى ٢٤٠ اصابة عولجت بالزئبق والزرنيخ و١٨٥ اصابة عولجت بالبزموت والزرنيخ وكان تفاعل فاسسرمان سالب النتيجة تماماً في ١٠٧٫٨ في المائة من الاصابات التي عولجت بالزئبق في حين ان هذه النسبة في معالجة البزموت كانت ٧٧٫٣ في المائة وكان التفاعل غير سالب تماماً اى كان بدرجة (✝) في ٦٫٧ في المائة في المعالجة بالزئبق وترتفع هذه النسبة الى ١٤٫١ في المائة في المعالجة بالبزموت والخلاصة قد اتضح ان نسبة النتائج السلبية التامة في تفاعل فاسسرمان عند نهاية الشوط الاول من المعالجة — هي ارفع اذا تمت تلك المعالجة بالزئبق في حين ان النتائج السلبية الغير تامة كثيرة الحدوث عند المعالجة بالبزموت

اختفاء السبيروكت الباهت اي مكروب السفلس

قد وجد فى دائرة الامراض الزهرية فى مستشفى القديس توماس في لندن ان تلاشي الاسبيروكت من الآفات الزهرية المبكرة بعد تعاطى البزموت يتم بسير ابطأ مما لو استعملت مستحضرات الزرنيخ اعنى انه يتم بخمسة اوستة ايام ويمكن عموما العثور على تلك الجراثيم بعد الحقنة الثانية ولا يمكن ذلك بعد الحقنة الثالثة حينما يعطي مقدار ٠٫٣٠ سنتيغرام من العلاج ثلاث مرات في الاسبوع الواحد . ومن جهة اخرى قد وجد البعض من المؤلفين ان ٥ ميلغرامات من ساليسيلات البزموت لكل كيلوغرام من وزن الجسم تكفى لقتل جراثيم السفلس في ٢٨ ساعة

تأثير العلاج على الافات الافرنجية الاولية والثانوية:— تتلاشى هذه الافات بالبزموت وحده وربما كان تلاشيها بالبزموت اسرع مما هو فيما لو استعمل الزئبق ولكن تلك السرعة لاتفوق ما هي فى استعمال مركبات الزرنيخ (الارسنوبنزول) وقد وجدت ان البزموت ينفع خاصة فى الافات الافرنجية الثانوية التى فى الفم واللسان وقد صدق احد المؤلفين مشاهدتي هذه حيث انه حصل منه على افضل النتائج فى حالات اللويحات المخاطية التى في الفم سواء كانت في الخدين اوفي الحنك . وقد عالج ٢٠ حالة من حالات السفلس الثانوى ووجد ان الافات قد شفيت عموما بعد استعمال غرام واحد من ملح البزموت .

الافات الثلاثية . — وجد البزموت نافعاً في تخفيف الافات الافرنجية الثلاثية التي قد استعصى علاجها بالزرنيخ والزئبق وقد اعلنت مراراً ان القروح الصمغية والتهابات السمحاق في عظام القصبة التي تعذر شفاؤها بالزرنيخ والزئبق — قد شفيت بالبزموت . وقد ذكر بعضهم ان للبزموت تأثير نافع خصوصاً في حالات التهاب اللسان ولو كوبلاكيا الفم المزمنة وانه يمكن ان يعطي بدون محذور في حالات اليرقان الناشئة عن استعمال الزرنيخ ولاحظ البعض الاخر ان البزموت فى الافات الثلاثية التي في الفم واللسان ينفع اكثر من الزرنيخ وقد ابدت اختباراتي هذه المشاهدة واظن ان هذا ناشئ عن غسل

تلك الافات دائماً بالبزموت الذي يفرز مع اللعاب بعد استعماله واعرف امرأة كانت محتمية عن الاكل ولا يدخل في جوفها سوى اللبن وبعض الاطعمة السائلة مدة ١٥ وما بسبب صمغ افرنجي واسع استولى على القسم الايمن من اللسان وقروح واسعة في حافته اليمنى وطرفه وقد اصبح في وسعها تناول الطعام المعتاد وزال عنها الالم بعد ٢٤ ساعة من استعمال ٠٫٣٠ سنتيغرامات من اوكسي كلوريد البزموت حقناً تحت الجلد . ولم يعط لها اى علاج آخر ولم تكن قد استعملت فيما سبق اي علاج كان من علاجات السفلس . ولما اكملت ثلاث حقن كانت القروح تكاد لا ترى وقد عاد اللسان الى حجمه الطبيعى

سفلس الاعصاب — يظهر ان البزموت اكثر نفعاً من الزئبق في تحسين الاعراض التابسية . وان اعراض التابس كالاوجاع البارقة والبحرانات المعدوية وسلامة البول تخف وطأتها بحقن البزموت اسرع مما لو كان قد استعمل الزئبق . والنتائج التي يحصل عليها من البزموت فى معالجة الشلل العام هى حقيرة جداً وقد وجد البعض ان الظواهر المرضية في السائل الدماغي الشوكي قد طرأ عليها بعض التحسن بالبزموت وهناك حادثة التهاب سحائي سفلسى شفيت سريعاً ولم يشاهد انتكاس المرض مدة ١١ شهراً والفكر السائد في خصوص البزموت اليوم هو ان هذا العلاج ينفع خاصة في تخفيف الاعراض اللدنية (subjective) التي يضطرب منها المصاب بسفلس الاعصاب بينما ان العلاج نفسه فيما يختص بمعالجة التابس والشلل العام يعد افضل من غيره من الادوية .

الامراض العضوية المتقدمة — ظهر ان البزموت افضل من السالفرسان في بعض الامراض العضوية المتقدمة كالظواهر الافرنجية التى فى القلب والاوعية والتهابات الكلى .

السفلس المصحوب بالسل الرئوي — قد اسفرت ابحاثي مع الدكتور هبرت (G. T. Hebert) من دائرة السل الرئوي في مستشفى القديس توماس — ان الارسنو بنزول اذا حقن في داخل العضلات فانه مهما كان قليل المقدار يضر بالمريض الذى يشكو من السل الرئوى وقد ظهر ان هذا المرض يشتد حالا ويقطع مراحل سريعة عندما يدخل الارسنو بنزول الى الجسم وهذا ما لايقع عند استعمال البزموت اذ انه يمكن استعماله في هذه الحالات .

لها بقية

***

الشؤون

جلسات الجمعية الطبية البغدادية

جلسة كانون الثاني سنة ١٩٢٧

عقدت جلسة كانون الثاني في مكتبة الجمعية الواقعة في المستشفى الملكي في ٢٧ منه الموافق يوم الخميس نحو الساعة ٥،٣٠ زوالية مساء وقد حضر هذه الجلسة ٢٣ عضواً .

وقد عرض اطباء المستشفى الملكي حادثات مرضية مفيدة دارت حولها مناقشات علمية ثم نهض الدكتور سامي شوكت رئيس الجمعية وقرأ خطابه حول الولادات والوفيات في العاصمة ولما انتهى من خطابه ثارت مناقشة حادة حول هذا الموضوع ابدى فيها المتكلمون بعض اسباب وفيات الاطفال وبينوا ضرورة مكافحة هذه الوفيات واتخاذ التدابير العاجلة لمعالجة هذه الحالة وكان المتكلمون في هذا الصدد الدكتور نورالله والدكتور سليمان غزالة والدكتور داود نسيم والدكتور يحيى سميكه والدكتور عبد الرحمن المقيد وقد اتجهت اقوالهم نحو غرض واحد وهو لزوم تحري الاسباب المؤدية الى كثرة وفيات الاطفال والمبادرة الى تحري علاج ناجع لهذه الوفيات

واخيراً نهض الدكتور هيكس وافاض في البحث عن اسباب وفيات الاطفال واورد نسبة معدل الوفيات في بغداد وفي انكلترة وسرد التدابير التي تتخذ الان في البلاد الراقية في هذا الميدان ومما قاله ملخصاً ان اخبار الولادات ناقص كما ان قسما من الوفيات ربما اهمل تسجيله ومع ذلك فان تسجيل الوفيات يتم في العاصمة بوجه اكمل مما في الضواحي وان الوفيات مهما كثرت في العراق فانها لا تزيد عما هي في مصر والهند قبل عشرون سنة وان كثرة الوفيات في الاطفال ناشئة عن جهل الامهات بطرق العناية بالطفل والفقر المستولي عليهن فالعلاج الناجع لهذه الحالة تأسيس ما يسمونه (مراكز خير الطفل) (Infant nelfar centres) كما تم ذلك في انكلترة ايام كانت الحالة هناك لا تفرق كثيراً عما هنا ووظائف تلك المراكز هي مواساة الامهات وامدادهن بكل ما هو ضروري لهن ولاطفالهن مادة ومعنى وتجتهد تلك المراكز لتطمين جميع احتياجات الام حتى الملابس والفحم واللبن والشاي على ان تأخذ الام طفلها الى تلك المراكز مرة في الاسبوع لتلقي الارشادات الصحية اللازمة لصلاح طفلها وبنتيجة هذه الاعمال قد انخفض معدل الوفيات في انكلترة من ١٥٣ في الالف الى ١٧ في مدة عشرين سنة .

واخيراً قال الدكتور المذكور انه ينبغي على الجمعية الطبية البغدادية ان تضع امام الحكومة الخطط التي يجب اتباعها لاجل مكافحة وفيات الاطفال

ولما انتهت المناقشات نهض الدكتور سامي شوكت وابدى لزوم وضع تلك الاقوال التي فاه بها الاعضاء على قاعدة عملية والنظر في طريقة العمل لانقاذ الاطفال من

هذه الوفيات الفاحشة واقترح ان تنتخب الجمعية لجنه للنظر في اسباب الوفيات ومكافحتها وعندئذ استقر رأى الجمعية على قبول هذا الاقتراح وانتدبت اللجنه الاتية :

الرئيس الدكتور هيكس

الاعضاء الطبيبة والاستا كالالوغا

الدكتور سليمان غزالة

« سامي شوكت

« محمد كاني

« هاشم الوترى

وقررت ان تجتمع هذه هذه للمفاوضة فيما مرى الوفيات ومكافحتها وتقدم قراراتها للاعضاء في جلستها المقبلة لتنظر فيه وتستخلص منه ما يناسب تقديمه للحكومة لتنفيذه .

اجتماع شباط سنة ١٩٢٨

عقد اجتماع شباط في ٢٣ منه الموافق ليوم الخميس في مكتبة الجمعية نحو الساعة ٥،٣٠ زوالية وقد لى الدكتور نظام الدين خطبة نفيسة في (انواع الصرع الغير مألوفة) وقد القى الطبيب الفاضل خطبته في اللغة العربية الفصحى ثم نهض سكرتير الجمعية وقرأ محضر جلسات اللجنة التي انتدبتها الجمعية الطبية البغدادية لدرس موضوع الولادات والوفيات واليك نصه:

حضرات الاعضاء المحترمين :

ان اللجنة التي انتدبتموها للبحث في امر وفيات الاطفال قد درست الموضوع من جميع وجوهه فنظرت اولا في مقدار الوفيات التي تقع بين الاطفال مادون السنة الخامسة من العمر واستخرجت معدلا سنويا لتلك الوفيات على وجه التخمين ثانيا قد امعنت النظر في اهم الاسباب التي اوجبت زيادة تلك الوفيات . ثالثاً قد نظرت في الاعمال التي تقوم بها دائرة صحة العاصمة لمكافحة وفيات الاطفال ورابعا قد اقترحت القيام ببعض التدابير التي رأت ان من الضروري القيام بها في المستقبل كالاً للمساعي التي تجري الان ليتسنى بذلك مكافحة وفيات الاطفال بطريقة اضمن للنجاح .

وقد عقدت اللجنة للبحث في هذا الموضوع ثلاث جلسات وتعمقت في البحث مستعينة بالاحصاآت العديدة في داخل القطر وخارجه وقد اخذت بنظر الاعتبار عادات البلاد وتقاليدها واستخلصت من المشاريع ماهو قابل للتطبيق في هذا القطر بالنظر الى ظروفه الحاضرة وما هو ضامن لتقليل الوفيات بين الاطفال وكانت نتائج مساعيها كما يلي :

١ وفيات الاطفال في العاصمة .

قد احصيت الوفيات التي تقع في العاصمة منذ ستة سنوات اى منذ عام ١٩٢٠ حتى نهاية عام ١٩٢٥ ولما اخذ معدل تلك الوفيات سنويا ظهر ان (٥٤٢٧ شخصا يموت في بغداد في كل سنة ومن هذا العدد لا اقل من (٢٨١١) او (٥١) في المائة كان من الاطفال الذين دون الخامسة من العمر ولا اقل من ١٥٦١ او ٢٨،٧ في المائة كانوا من الاطفال الذين دون السنة الواحدة من العمر .

ولا يصح الاستناد الى الاحصاآت الحاضرة في تخمين

معدل الولادات اذ ان تلك الاحصاآت هي ناقصة ونقصها هذا ناشئ عن ابتعاد الجمهور عن تسجيل الولادات خوفا من القرعة العسكرية التي سرى مفعولها في نفوسهم الى حد الان او اهمالا منهم او لاسباب اخرى وان خطأ سجلات الولادات قد حال دون ايراد معدل الوفيات بالضبط بالنسبة الى الولادات وجعلنا نتردد في الاعتماد على الارقام التي نعرضها على حضراتكم وقد نظرنا في ايراد نسبة الولادات الى سجلات كنائس النصارى فوجدنا ان تلك النسبة ترد سنويا على ٣٠ بالالف من النفوس وليس هناك سبب يحملنا على الاعتقاد بان نسبة الولادات بين الطوائف الاخرى اقل مما هي عند النصارى ولذلك اعتبرنا ان الولادات بين جميع السكان تجري بنفس النسبة اي بمعدل ٣٠ بالالف من النفوس واذا اعتبرنا ان نفوس العاصمة هي (٢٥٠٠٠٠) يتضح لدينا ان ٧٥٠٠ طفل يلد في بغداد في كل سنة واذا رجعنا الى عدد الوفيات الذي اتينا على ذكره انفا ظهر لنا ان من كل الف طفل يلد في بغداد يموت ٢٠٨ طفلا قبل ان يدرك السنة الاولى من العمر .

ولما كان تقدير معدل الوفيات عن كل الف نسمة متوقفا على اتقان احصائي الولادات والنفوس وان ذلك لم يتيسر لدينا في الوقت الحاضر فقد حكمنا على عدم صحة الارقام التي سبق ذكرها واذا كان لابد من ايراد ارقام تقرب من الحقيقة فالافضل اتخاذ احصاآت مصر كمقياس تقريبي لمعدل مايقع عندنا من الوفيات والولادات اذ انا وجدنا مصر اقرب الاقطار شبها بالعراق واليكم ملخص ذلك الاحصاء:

١ ان معدل الولادات في جميع انحاء القطر المصري لمدة خمس سنوات (اي من ١٩٢١ الى ١٩٢٥) هو ٤٢٫٩ في الالف من النفوس .

٢ ان معدل وفيات الاطفال من كل الف ولادة لنفس تلك المدة هو ٢٣٥ في القاهرة و ٢٢٣ في الاسكندرية .

٣ ان معدل وفيات الاطفال الذين دون السنة الخامسة من العمر في الخمس سنوات المذكورة هو ٦٤ في المائة في القاهرة و٦٣ في المائة في الاسكندرية .

فالذي يلوح لنا ان معدل الولادات والوفيات يجب ان يكون في العراق قريبا مما في هذا الاحصاء ان لم نقل ان الوفيات يجب ان تفوق عندنا عما في القاهرة .

وعلى كل حال ان وفيات الاطفال دون السنة الخامسة من العمر في بغداد وقد اعتبرناها خطأً (٥١) في المائة من جميع الوفيات وهي يجب ان تزيد على ما في القاهرة وهي (٦٤) في المائة — فلا بد انها تفوق جداً ما يماثلها في البلاد الراقية .

والامراض الرئيسية التي تؤدي الى وفيات الاطفال في بغداد دون السنة الواحدة هي :

١ — الهزال والنحول وسوء التغذية	٣٨ في المائة من يكون الوفيات
٢ — الاسهال والزحار	٢١ « «

٣ — الولادة قبل الميعاد	١٦ « «
٤ — الامراض السارية (الجدري والسل والطاعون)	٨ « «
٥ — ذات الرئة والبرونشيت	٧ « «

وان تلك الامراض تعمل على وفيات الاطفال دون السنة الخامسة من العمر على الوجه الآتي :

١ — الهزال والنحول وسوء التغذية	٣٠ في المائة من يكون الوفيات
٢ الاسهال والزحار	٢٣ « «
٣ — الامراض السارية (الجدري الحصبة السل الطاعون)	١٤ « «
٤ - ذات الرئة والبرونشيت	١٢ « «

فيتضح للانظار ان اشهر الامراض التي تؤدي الى الوفيات قبل السنة الواحدة هي الهزال وسوء التغذية ويمكن اتقاؤهما بتحسين العناية الخاصة بالاطفال واصلاح طرق الارضاع واما الاسهال والزحار فهما منبعثان عن استخدام الاطعمة القذرة وتعاطي الاغذية الغير صالحة دون مراعاة عمر الطفل واما الولادة قبل الميعاد فهي ايضا من اهم اسباب الوفيات دون السنة الواحدة من العمر وهي تسبب وفاة واحدة لكل ست ولادات .

وبعد السنة الاولى من الحياة تزداد نسبة الوفيات بالامراض السارية وامراض الصدر .

٢ — الاسباب الرئيسية التي ادت الى ارتفاع الوفيات في العاصمة :

قد اتضح لدينا ان اهم الاسباب التي جعلت الوفيات ترتقي الى هذه الدرجة القصوى هي :

١ — الجهل . وحرمان الجمهور عموما من معارف حفظ الصحة .

٢ — حرمان الام خاصة من معارف حفظ الصحة وجهلها فيما يعود الى خير طفلها وسلامته ونقصان معارفها في ارضاع الطفل واكسائه وتربيته .

٣ — عدم اكتراث الام لامراض الطفل التي تبدو لها طفيفة اوعادية وعدم تقديرها لفوائد استشارة الاطباء في ادوار المرض المبكرة .

٤ — الفقر المستولي على الجمهور عموما .

٥ — فقدان العناية الخاصة عند الوضع والنفاس .

٦ — الزهري عند الوالدين .

٧ — تزايد الرغبة في اختيار الطرائق الصناعية لارضاع الطفل .

واهم هذه الاسباب واعظمها شأنا جهل الامهات بما يجلب الفلاح والخير لاطفالهن .

٣ — ماذا يجب اتخاذه للوقوف دون هذه الوفيات المرتفعة في الاطفال :

١ — مانقوم به دائرة صحة العاصمة الان من هذه التدابير .

تقسم اعمال دائرة الصحة من هذا القبيل الى قسمين - يتجه القسم الاول نحو الطفل ومشاريع الامومة ويرمي القسم الثاني الى تحسين القبالة .

مصالح الطفل والامومة

يوجد لدى مديرية صحة العاصمة اربعة مراكز لخير الطفل والامومة تعمل اصلاح الطفل وامه في محلها وتزور المنازل التي يولد فيها الطفل لمراقبة صحة المولود وتزويد الام بما تحتاجه من النصائح والارشادات وتوجد تلك المراكز في الدهانة وباب الشيخ والحيدرخانة من جانب الرصافة وواحد منها في الكرخ .

وفي كل من هذه المراكز ممرضة وطنية تقوم بشؤون المركز وتزور المنازل في ذات الوقت وقد اطلق عليها اسم (العائدة الصحية) ويوجد في مركز الدهانة ممرضتان من هذا القبيل فاضحى عددهن خمس . وهن من الممرضات اللواتي قد تخرجن في القبالة وتدربن على اشغال المراكز عدة سنين وتتولى الاشراف عَلَى اعمالهن ناظرة بريطانية قديرة وهي الانسة (ايوس) وتشتغل فعلا في كل من المراكز الاربعة في اوقات معينة في تدريب الممرضات وتتولى بنفسها معالجة الحالات المعقدة ويوجد في كل من مركزي الدهانة والكرخ طبيب وصيدلي وصيدلية تسدي المعاونة لتلك المراكز حين الحاجة واغلب المراجعين لهذه المراكز النساء مع الاطفال ومع ذلك فان بعضاً من الرجال احيانا يعالج من امراض طفيفة بوسائط بسيطة كالتضميد مثلا . وجميع مراكز خير الطفل والامومة هذه هي في عهدة مدير صحة العاصمة وتحت ادارته وان دائرته تزود الانسة ايوس في كل شهر بقائمة تتضمن عناوين منازل المولودين الذين سجلوا في الشهر الذي قبله فتقوم عائدات الصحة بزيارة هذه المنازل وبذل هناك ما استطعن من المساعدة وبهذه الوسيلة وجدنا ان هذه المراكز تكتسب ثقة الجمهور وتتعاظم اهميتها في انظاره فكثر الاقبال عليها وان عائدات الصحة يعدن شهريا نحو (٥٠٠ — ٦٠٠) منزلا وان جميع المراكز تعمل بدون اية اجرة تؤخذ اليها الاطفال للمعالجة من امراض بسيطة وتقبل عليها الامهات بسبب اضطرابات نسائية وفي المراكز التي يوجد فيها الطبيب تعرض الممرضة عليه حين الحاجة الوقائع التي تستوجب عناية الاطباء فتجرى المعاينة ويعطى العلاج بدون اجرة .

وتقوم الانسة ايوس باعطاء الايضاحات العملية والنصائح للامهات التي يفدن اليها فيما يختص مثلا بارضاع الطفل واكسائه واحمامه وكثيرا ما يحم الطفل ويضمد ويسلم الى امه مع تزويدها بالارشادات الصحية والعلاج احيانا وهؤلاء المراجعين هم من الطبقة الفقيرة جدا وهم يراجعون بكثرة وقد وجدنا الانسة ايوس عَلَى جانب عظيم من النشاط وتقوم بمهمتها خير قيام ونعتقد حسبما رأيناه واختبرناه ان اعظم حصة من نجاح هذه المراكز عائدة لها وتزدحم المراكز بالراجعين ايام وجودها فيها ولم تقصر الممرضات الوطنيات في اداء وظائفهن بل هن في تقدم مطرد في سبيل اكتساب ثقة الجمهور ومجمل القول ان جميع المراكز منهمكة بالاعمال ومثابرة عَلَى اشغالها وهذا مما اوجب تقدير الجمهور وخاصة الامهات لقيمة الاعمال التي تقوم بها تلك المراكز ومثالا لذلك نورد فيما يلي عدد الذين

يقبلون عَلَى هذه المراكز في الشهر وهو نحو من (٩٠٣) من المراجعين (٣ ٥) منهم يراجع مركز الدهانة و(٣٠٣) الى مركز الكرخ و (١٠٣) الى كل من مركزي باب الشيخ والحيدرخانة وقد اتضح ان المراكز التي فيها طبيب لها النصيب الاوفر من المراجعين وكان نحو ٢٠ — ٣٠ في المائة من الامراض التي تلجئ اصحابها الى مراجعة المراكز هي امراض نسائية والباقي منها امراض الاطفال واشهر هذه الامراض العوارض والحروق وخراجات الراس والقروح النتنه واضطرابات الاذن والاخت (حبة بغداد) وسوء التغذيه .

والخلاصه ان المراكز التي اوردنا اعمالها فيما سلف والتي سميناها مراكز خير الطفل والاموه تقوم باعمالها خير قيام ولكننا وجدناها غير وافيه بالاحتياج ويجب توسيع نطاقها بالنسبه الى ذلك الاحتياج كما سنبينه فيما بعد .

القبالة

يوجد في العاصمة نحو من (٣٥) قابلة يمارسن القبالة في داخل المدينة وقد اسندت مديرية صحة العاصمة امر الاشراف عَلَى هذه الممارسة الى ناظرة ممرنة قديرة وهي (الانسة بليس) وتساعدها في مهمتها ممرضة وطنية وكلاهما يعملان على مراقبة القبالة في العاصمة

وقد انشأ مدير صحة العاصمة مدرسة ابتدائية للقابلات في امانة العاصمة يمتد كل دور من ادوار تدريبها ١٢ اسبوعا ويقوم التدريس بالمحاضرات التي يلقيها مدير صحة العاصمة نفسه او الممرضة الناظرة ومن متممات التدريس التفتيش على حقائب القابلات والمناقشة حول الاعمال التي يجوز للقابلة ان تتصرف بها في حدود مهنتها وما اشبه ذلك من المسائل التي لا بد للقابلة من الوقوف عليها تدريباً لها عَلَى العمل في خطة معقولة . ويجري امتحان القابلات عند انتهاء كل دورة وتمنح الشهادات للناجحات منهن والامتحان يتم ضرورة بصورة شفهية لان معظم الطالبات اميات . ويرسل من الناجحات واحدة او ثنتان في كل سنة الى المستشفى الملكي للتمرن وهناك يحرزن عَلَى الدراسة العملية ويتدربن عَلَى اساليب القبالة المنطبقة عَلَى القواعد الفنية ولكن مما يوجب الاسف ان قليل جداً ممن يرغبن في الذهاب الى المستشفى ولا يكاد عددهن يربو عَلَى الستة او السبعة في ثلاث سنوات والقابلات اللواتي نجدهن في الوقت الحاضر هن من الطبقة المتوغلة في الجهل ويتعذر جداً تهذيبهن مهما بذلت من المساعي في هذا الخصوص والذي يمكن الحصول عليه الان من تعليمهن هو تحذيرهن من الطرائق المضرة التي تتخذهن في ممارسة القبالة وارشادهن الى اساليب حفظ الصحة التي يندهش المرأ عند ما يرى درجة معارفهن فيها . ولم تزل مديرية صحة العاصمة متخذة اشد التدابير في سبيل ارجاعهن الى طريق الصواب فاذا اخبر عن احداهن انها خالفت التعاليم المعطاة لها كاهمالها نظافة المواد التي تستعملها في اشغالها او اساءت التصرف في المعالجة ولو مرة واحدة فانها تعاقب حالا بسحب الاجازة المعطاة لها ويشطب اسمها من سجل القابلات ويحذف في كل سنة نحو اربع او خمس من امثال هؤلاء من السجل

وتتولى ناظرة القابلات او مساعدتها التفتيش عَلَى القابلات سواء كان فى صفوف الدرس او في منازل اعمالهن ويجرى التفتيش عَلَى نحو ١٠٠ قابلة في الشهر وخلافاً لذلك فان الانسة ايوس تقوم بعيادة مضارب المهاجرين للبحث عن صحة الاطفال وتطلب عند الولات الصعبة وتشرف عَلَى الممرنات من قابلات المدينة وعددهن عشرة وان جميع المرضات فى المراكز مهيئات لنقل المريضات الى المستشفى اذا اقتضت الحاجة

٢ — ماذي يجب القيام به من التدابير التي لم تكن الان .

المعارف — تدريسات حفظ الصحة

١ يجب ان يكون حفظ الصحة درس اجبارى في جميع المدارس ويجب ان يدرس هذا العلم ساعة فى الاسبوع عَلَى الاقل .

٢ وفى مدارس البنات يجب ان يضاف الى مواد حفظ الصحة العامة طرق العناية بالطفل وصلاحه وحفظ الصحة المنزلية ويجب ان يتولى تدريس هذه المواضيع طبيب او ممرضة ممرنة بحسب الامكان

٣ اذا وجد طبيب للمدرسة يجب ان يكلف بالقاء دروس حفظ الصحة لا اقل في الشهر مرة للطلاب الذين يتجاوزون السنة العاشرة من العمر

٤ ينبغي ترغيب المدارس الليلية الى دخال حفظ الصحة ضمن مناهج تعليمها

٥ يجب ان يلحق بمراكز خير الاطفال والامومة الموجودة فى المدينة — قاعات تجتمع فيها الامهات مرة فى الاسبوع لسماع محاضرات تلقى من قبل الاطباء او المرضات او المشوغلين بالاجتماعيات وتعرض فى تلك المحاضرات ما يعود الى حفظ الصحة المنزلية وحيات الرضيع والطفل وكل ما يعود الى انهاض معارف الام في تدبير المنزل وتشييد اركان السعادة البيتية

٦ يجب تزييد عدد (العائدات الصحيات) المكلفات بعيادة المنازل ليتسنى بذلك زيارة المولودين مرة فى الشهر والاستمرار عَلَى ذلك الى ستة اشهر بدلا من مرة واحدة فقط كما هو جار الان لان الارشادات التي تبثها الممرضة في بيوت الامهات بعد اختبار مقدرتهن على قبول تلك الارشادات واختيار ما هو اصلح لها بالنسبة الى حالتها الاجتماعية واحتكاك الممرضات عَلَى هذه الصورة شخصياً بكل امرأة يكون اشد مفعولا من اى دعاية تبث فى خارج المنزل بدون المام بحالة الام

٧ عرض رقوق سينمائية لامور حفظ الصحة المنزلية والحشرات المضرة التي تنقل الامراض كالذباب وما اشبه ذلك . وهذه الوسيلة من الوسائل المفيدة في نشر التعاليم الصحية .

٨ تشكيل جمعية (الكوكب الاحمر) عَلَى مثال جمعية الصليب الاحمر والهلال الاحمر تكون مهمتها احياء مآدب وليالي ساهرة ترمي الى جمع المال وتثقيف الجمهور وتوجيه انظاره الى العناية بالمشاريع الصحية وبصرف مايجمع من الدراهم على المشاريع الصحية وخير الطفل .

٩ توسيع مشروع الماء العائد الى لجنة اسالة الماء وايصال الانابيب الى احياء الفقراء وتأسيس حنفيات فيها لتوزيع المياه عليهم باجور زهيدة جدا وهذا مايمكن البيوت الفقيرة من الحصول على الماء من القنوات العامة العائدة الى لجنة اسالة المياه وبذلك يرتفع الخطر الذى يتعرض له الطفل من جراء شربه ماء غير حائز على الشروط الصحية حيث قد تحقق ان انابيب لجنة اسالة المياه لم تصل الا الى (٩٠٠) دار من دور المدينة التى تبلغ (٣١٠٠٠) دارا .

١٠ تشويق امانة العاصمة وسائر البلديات في انحاء القطر على تأسيس جنينات عامة واسعة تخصص للاطفال فقط تغرس فيها الاشجار الصحية من اشجار (الايوكالبتوس) وغيرها وتفرش ساحتها بالرمل الطاهر عَلَى ان تكون في اماكن طلقة الهواء مرتفعة الارض مهما امكن وتتخذ التدابير من الجهة الاخرى لتشويق الناس عَلَى ارسال اطفالهم اليها ليلعبوا ويرتعوا في الهواء الطلق وتحت الشمس المنشطه التي ربما لايراها اطفال الفقراء وهم في بيوتهم المعتمه المظلمه اياما واسابيع طويلة

١١ تخصص مقادير مناسبه من المبالغ من ميزانيات البلديات والصحه العامه للعائلات الفقيرة الولودة والتي تعنى بتربية اطفالها وتحسن ادارة صحتهم ومثلا يعطي ١٠ ربيه سنويا اولارة اومرتين لكل عائلة فقيرة تكون عدد اطفالها مافوق الستة اوالسبعه مثلا على شرط ان يكونوا جيدى الصحه سالمين من الامراض .

١٢ تنظيم مسابقات ذات جوائز وافرة تخصص من قبل الحكومة وتجمع من الاهالي بواسطه حفلات او يانصيب او غير ذلك تمنح للعوائل التي تحوز قصب السبق في جيادة صحه اطفالها وكثرة عددهم عَلَى ان تقوم بهذه المسابقات ادارة الصحة والبلديات وجمعية (الكوكب الاحمر) بعد تأسيسها .

١٣ تخصص مبالغ كافية من قبل وزارة الاوقاف والحكومة الى (الجمعية الخيرية الاسلامية) عَلَى شرط ان تتعهد بقبول جميع الاطفال المنقطعين والذين يتجولون في الطرق لتربيتهم وايوائهم وتعليمهم الصناعات المفيدة بدون نظر الى جنسيتهم وديانتهم .

القبالة :

(١) يجب عَلَى الحكومة ان ترسل الى اوروبا في كل سنة واحدة او اثنتين من الممرضات العراقيات للتخرج في القبالة وحيازة الشهادة الرسمية من السلطات المكلفة بهذا الامر . (كجمعية القابلات المركزية) مثلا في انكلترة ويشترط على كل قابلة بعد عودتها الى هذه البلاد ان تخدم الحكومة مدة خمس سنوات في تدريب القابلات وتهذيبهن .

(٢) يجب عَلَى الحكومة ان تؤسس مدرسة للقابلات ومنزل للامومة فى بغداد ويكون مركز تلك المدرسة في

المستشفى الملكي وملحقة بها على ان يكون لها ملاجئ فرعية للامومة تؤسس في مناطق المدينة التي يسكن فيها الفقراء ويكون واحد منها في جانب الرصافة والاخر في الكرخ وتنحصر وظائف هذه الملاجئ في القيام بتوليد الامهات الفقيرات اللواتي يسهل عليهن الالتجاء اليها لقربها من مساكنهن واشغال التوليد هذه تساعد على تدريب القابلات اللواتي يشتغلن في تلك الملاجئ، وبهذه الوسيلة تتمرن القابلة وتتخلص الام الفقيرة من اخطار التوليد الذي يتم على يد القابلات الجاهلات كما انها تتخلص من النفقات. وفوق ذلك كله ينتقل التوليد من طوره الابتدائي الفاسد الى طور جديد مبني على القواعد الفنية فلم تعد الام الفقيرة مضطرة الى القاء نفسها بين ايدي القابلات الجاهلات فيضمحل هذا القسم المضر ويتقلص ظله اذ ان تلك الملاجئ تكون مستعدة لايفاد القابلة الى منزل الام في اي وقت شاءت اذا كان لديها ما يمنعها عن الوصول الى المراكز.

(٣) يجب ان تهتم الحكومة في اسعاف الفقيرات عند الولادة العسرة التي تتطلب حضور الطبيب وذلك بان تسهل لهن اسباب الحصول على طبيب حين الحاجة بدون اجرة وافضل طريقة لتأمين هذا الاحتياج ان تتعهد البلدية بدفع اجرة اي طبيب يطلب عند الحاجة من قبل القابلات بموجب قائمة ثابتة محفوظة عندها على ان تكون تلك القابلة مرخصة ويقوم بالاشراف على هذه الاعمال مدير صحة العاصمة بالنيابة عن البلدية هذا من جهة ، ومن جهة اخرى يجب ان يكون طبيب ملاجئ الامومة التي سبق ذكرها مستعداً للاجابة الى مثل ذلك الطلب في اوقات العمل الرسمي .

ملاحظة الحوامل قبل الوضع وبعده :

ان كثيراً من الحوامل يحتجن الى معرفة الاشياء التي تضر بسير الحمل او معرفة عواقب الحمل ويشتد هذا الاحتياج لا سيما عند اللواتي قد تعسرت ولادتهن او قد اجهضن فيما سبق وكذلك فان الامهات بعد الوضع يفتقرن الى عناية خاصة صيانة لهن من الامراض التي تعقب الولادة فهذه الامور يمكن ان تنجز في ملاجئ الامومة المقترح انشاؤها فيما سلف ولا تحتاج في الوقت الحاضر الى مؤسسات جديدة كعيادات خصوصية للامومة اذ ان ملاجئ الامومة تقوم بهذه المهمة كما انها تقوم ايضاً بالجة الامهات والاطفال .

اجازة طبية للزواج :

يجب وضع مادة قانونية في قانون النفوس تستلزم تسجيل الزواج قبل وقوعه ويشترط لهذا التسجيل ان تبرز من قبل الزوج وثيقة طبية تتضمن سلامته من العلل المانعة للزواج .

تسجيل الولادات :

ينبغي اجبار الاب او ولي البيت والطبيب قانوناً على ابلاغ دائرة الصحة بالولادات (كما اجبرت القابلة بنظام القوابل) وذلك ليتسنى اتخاذ التدابير المنعية اللازمة عند مخالفة هذا الامر . ويجب ان ينفذ هذا القانون بكل صرامة .

مراكز خير الطفل

(١) في العاصمة :

قد ذكرنا ان هذه المراكز موجودة الان ولكن ينبغي

ان يجهز كل منها بطبيب وصيدلي وصيدلية ويجب ان يكون لتلك المراكز عمارات صالحة ويجعل كل مركز في وسط احياء الفقراء وفي المناطق التي تزدحم فيها السكان واما مركز الحيدرخانة في حالته الراهنة فلا يعتبر ملائماً للمصلحة ويجب نقله الى مكان قريب من فقراء المدينة ويجب ان يجعل لكل مركز ممرضتين بدلا من واحدة لتسهيل الاشغال في المراكز وخاصة زيارات الاطفال في منازلهم وانجاز تلك الزيارات بنطاق اوسع واخيراً يجب تعيين ممرضة بريطانية تمرنة على هذه الاشغال لتكون مساعدة للانسة ايموس .

(٢) في الملحقات :

يجب على الحكومة ان تؤسس مراكز لخير الاطفال في المدن التي تتجاوز نفوسها الـ (٥٠٠٠) نسمة ويوظف في كل هذه المراكز (عائدة صحية) وتكون وظائف هذه المراكز كوظائف امثالها في العاصمة .

تجهيز اللبن :

ان تجهيز اللبن النقي للاطفال وبيعه رخيصاً . مما يقلل وفيات الاطفال وينبغي على امانة العاصمة ان تعمل الترتيبات اللازمة لتعقيم اللبن بطريقة باستور ووضعه في مراكز خير الاطفال العائدة لها وتوزعه للفقراء مجانا او تبيعه باجرة رخيصة لمن يتمكن من دفع الاجرة ويجب عليها ايضاً ان تسعى لتأسيس مخازن في جميع جهات المدينة لبيع اللبن النقي للاطفال والمعلولين وبهذه الوسيلة ينتشر بين الناس استعمال اللبن النقي وبذلك يمكن الوقوف دون الوفيات بالاسهال والزحار .

الفقر :

ان الامهات الفقيرات يجب ان تساعدهن امانة العاصمة بتوصية من عائدات الصحة او الطبيب وتزودهن بالمواد الاتية : (١) لبن لاطفالهن سواء كان من لبن البقر الطري او من مستحضر كلاكسو (٢) ثياب لفقراء الاطفال وما يلزم الطفل من الحاجات كزجاجات الارضاع وما اشبه ذلك (٣) زيت السمك وما يقوم مقامه من المقويات .

هذه هي المقررات التي اتخذتها الجمعية الطبية البغدادية نقدمها لسعادتكم حسب قرارها للنظر فيها واتخاذ ما هو ملائم بالنسبة الى الظروف الراهنة ودمتم .

سكرتير الجمعية الطبية البغدادية

ولما انتهى السكرتير من قراءة التقرير هذا قررت الجمعية بالاجماع تقديم هذا التقرير بعد تعديله الى مديرية الصحة العامة وقد قدم هذا التقرير والمأمول انه سوف ترى الجمعية ثمار اعمالها عن قريب .

المجلة الطبية البغدادية

THE BAGHDAD MEDICAL REVIEW

العدد السادس | السنة الثانية | نيسان سنة ١٩٢٧

المقالات الاساسية

تشخيص الحميات (١)

الدكتور دنلوب

ربما كانت الحمي اغلب الاعراض التي يستشيرنا من اجلها المرض وعليه لا اشعر بحاجة الي طلب المعذرة في التماس عناية القراء للنظر في موضوع كهذا على جانب كبير من الفائدة لجميعنا نحن معاشر الاطباء كما انه من المواضيع التي تقيم امامنا مشاكل عظيمة في اشغالنا اليومية ·

ويندر وضع التشخيص بصورة قاطعة بنهاية واحدة في الثلاثة او اربعة ايام الاولى من الاصابة بالحمى والمشاكل التي تقوم امام الاطباء فى بغداد قد تعاظمت جدا بسبب العادات المضرة التي الفها سكان هذه المدينة الذين بدلا من ان يحصلوا على طبيب خاص بالعائلة تراهم يغيرون الطبيب يوميا او عدة مرات في اليوم ·

وهناك امر آخر وهو ان الجمهور يكاد لايفقه ان الطبيب الذي يعرف المريض هو فى افضل حالة للاهتداء الى تشخيص صحيح ومن ثم هو اقدر من سواه على اسداء الخدمة للمريض ·

ولا يمكن استيفاء بحث الحمى بحذافيره في برهة من الزمن ولذلك سوف تجتزيء بذكر ما نعثر عليه كثيرا فى بغداد ·

والمألوف عند البحث في هذا الموضوع قبول نوع من التقسيمات والطريقة الدارجة هي تقسيم الحميات بالنظر الى امتدادها او المنحنى الذى ترسمه عند سيرها وهذا مايستلزم

(١) القيت في جلسة مارت ١٩٢٧ للجمعية الطبية البغدادية ·

ان تكون الحادثة قد اخذت تحت المشاهدة لبضعة ايام وان يتيسر الوقوف على سيرة المرض الصحيحة وتصنيف الحميات لايجدى نفعا في المساعدة عَلَى التشخيص فى اية حادثة كانت من حادثات الحمى وعليه سوف لا احاول ذكره ·

ان (بايام وآرشيبالد) عند البحث عن الحميات في كتابهما (ممارسة الطب فى البلاد الاستوائية) قد سارا فى تدقيق اى حالة من حالات الحمى عَلَى الوجه الآتي:

١ — سيرة المرض
٢ — البحث الاكلينيكى
٣ — ابحاث المختبر

ولا استطيع ان افعل احسن من ان احتذى بهذه الطريقة فى معالجة الموضوع وسوف اقتبس من ذلك الكتاب كثيرا من المواد التى يتألف منها مقالي هذا ·

١ — سيرة المرض — اذا كانت سيرة المرض مما يركن اليها فهي عَلَى جانب عظيم من الاهمية انا اخشى ان تكون جميع الاقوال التي نسمعها عن سيرة المرض في بغداد غير جديرة بالثقة · ومهما كان الامر فان من المفيد سماعها ·

اذا ثبت ان الحمى استمرت خمسة اوستة ايام فذلك مما يخرج احتمال الحميات القصيرة المدى كحمي الثلاثة(*) ايام واذا صدقت الاقوال في ان الحمى تأخذ متناوبة كان ذلك ساعدا على تشخيص الملاريا بشيء من الوثوق وكيفية ابتداء الحمي من حيث كونها حصلت فجأة او تدريجيا وتاريخ ظهور الطفح الجلدي عند وجوده فانهما كلاهما يساعدان الطبيب مساعدة مهمة ·

واذا دلت سيرة المرض على ان الحمى كانت مصحوبة بالعرواء كان ذلك دليلا قويا على الملاريا ومع ذلك فقد توجد العرواء في احوال اخرى اشهرها الالتهاب الحاد في الحوصلة المرارة · والتهابات المجرى البولي الخلفي او البروستات والالتهابات الناشئة عن باسيللوس كولي كالاخرجة الوركية المستقيمية او التهاب الحوضة الكلوية ·

واما العرق الغزير خاصة اذا حدث ليلا فهو يميل بالفكر الى جهة السل ولكن لايجب ان يغرب عن الذهن ان خراج الكبد هو من اعظم الاسباب الداعية الى حدوث العرق الغزير وهناك مرض آخر يغزر فيه العرق وهو حمى البحر المتوسط الا ان هذه الحمى نادرة الوجود في هذا القطر ولم يعثر عليها حتى الان ومما يدعوا الى غزارة العرق ايضا حمي الروماتيزم غير ان اصابة المفاصل في هذا المرض ترشد الباحث الى اكتشافه ·

واذا ذكر وجود الالم فذلك ايضا مما له اهمية لتشخيص المرض ولا شبهة فى ان الصداع يكاد يكون موجودا في جميع انواع الحمى ولكنه متى كان شديدا ومصحوبا بحمى مواظبة دل على وجود الحمى التيفوئيدية ·

والصداع اذا رافق اوجاع الظهر والرجلين ذهب بالفكر الى جهة الانفلونزا ·

والاوجاع الشديدة المماثلة لاوجاع الروماتيزم اذا حدثت

(*) يطلق عَلَى هذه الحمي اسماء عديدة نذكر اشهرها فيما يلي:
(١) Papataci Fever (٢) Sandfly Fever (٣) Three days Fever

فى المفاصل والرجلين وكانت تشتد بالحركة فهي تشير الى (الدانغ)

ولا نزاع في ان الاوجاع الشديدة في الظهر هي من مميزات الجدري وكلما اشتدت هذه الاوجاع يجب ان يخطر هذا المرض ببال الباحث ·

والرعاف اذا حدث تبادرت حالا الى الذهن الحمي التيفوئيدية ومع ذلك قد يوجد الرعاف فى حمي البحر المتوسط ·

والنفث الدموى لاينتج عن السل الرئوي فقط بل انه يحصل فى اكياس الرئة الديدانية ومن النادر جدا حدوثه في السفلس الرئوى · وكثيرا ماينشأ النفث الدموى من البلعوم او اللثة بدون ان تكون له علاقة بآفة في الرئة واذا كان النفث موجودا فان النظر اليه يساعد غالبا عَلَى تحقيق ماهية الدم الممزوج به فاذا كان الدم ممزوجا بلعاب رائق مائي يرجح كونه ناشئا من اللثة ولا حاجة لذكر ان النفث الصديُ الذي يقذف من الصدر فى ذات الرئة له اوصافه الخاصة به ·

والكميات الوافرة من الصديد فى النفث تدل عَلَى توسع القصبات وخراج الرئة اوخراج في الكبد قد انفتح في احدى القصبات او كيس ديداني متقيح ·

والقئ في الحميات لايدل قاعدة عَلَى شئ يفيد التشخيص الا انه من دلائل الافات الحادة في البطن ولا يجب ان يغيب عن الذهن ان القئ من اشهر اعراض الالتهاب السحائي الدماغي الشوكى ·

والاسهال الممزوج بالدم والمخاط تشير الى وجود الدوسنطريا ويستلزم بحث الغائط مجهريا ·

٢ — البحث الاكلينيكى — يجب اجرائه بما يمكن من التمام ·

ويظهر ان جميع الطبقات من كلا النوعين يعتقدون ان بحث الجسم يمكن ان يتم من فرجة صغيرة في الملابس فوق الصدر والحال ان الملابس يجب ان تجرد عن الصدر والبطن حتى يتسنى اجراء البحث بصورة تامة وبسهولة ·

(١) الانتانات الموضعية: لا اريد في هذا الصدد بيان الحادثات التي تكون فيها الحمي مصاحبة لامراض اخرى تستلفت حالا النظر الى الاقسام المؤوفة ·

ولكنني اريد ان اؤكد اهمية فحص البلعوم في كل مريض محموم ولا سيما الاطفال واريد ايضا ان ابين ان افات البلعوم اذا لم تقرر ماهيتها وهو الواقع في كثير من الاحوال يجب معالجتها كما لو كانت ناشئة عن الدفتريا ·

ولا جدال فى ان بحث الرئة كثيرا ما يسفر عن معلومات قيمة والآفات الاولية نحو التي تكون فى ذات الرئة والسل وذات الجنب والتهاب القصبات فمن هذه كلها تكشف سبب الحمى ومما يجب ان لايغرب عن الذهن ان علامات الرئة كثيرا ماتحدث تابعة لافات اولية اخرى وهكذا فان الملاريا تنتج غالبا التهاب القصبات او التهاب القصبات والرئة ·

والمشهور عن الحمي التيفوئيدية انها تولد البرونشيت واحتقان الرئة وللباراتيفوئيد مفعول خاص فى الرئة · والانفلوانزا ، والحمي الراجعة والتيفوس والالتهاب

السحائي الدماغي الشوكى والطاعون والشيستوزوميازيس كلها مسؤلة عن حدوث نظير تلك الاعراض في الرئة .

اود ان ذكر نقطتين مهمتين في معاينة الرئة . الاولى ان الافة اذا كانت منحصرة في قاعدة الرئة اليمني يجب ان يتبادر الى الذهن مرضان التهاب الكبد الاميبي وخراج الكبد والثانية ان الافة قد تكون شاملة للرئة باجمعها ومع ذلك فلا يدرك فيها عمليا اى اثر مادى ولا يهتدي اليه الا بالبحث باشعة الرونتكن .

واما معاينة القلب فلا تساعد على تشخيص الحمى الا وجدت فيه آفات صمامية فاذا وجدت تلك الافات في حالة استمرت فيها الحمى الى مدة طويلة يلزم على كل حال زرع الدم .

ومعاينة البطن تسفر غالبا عن كشف سبب الحمى

والذي يستلفت الاهتمام من العلامات التي توجد هو ضخامة الطحال والكبد .

اذا وجد الطحال مصاب بضخامة حادة فلا يجوز تعليل تلك الضخامة بوجود الحمى الا اذا كان المريض معروفا من السابق وكان قد فحص بمراجعاته السابقة الموثوق من ان الضخامة لم تكن في الطحال قديما . وكم من مرة يرى المرء ضخامة الكبد في مريض مصاب بالحمى ويقف حائراً في البت فيما اذا كانت تلك الضخامة منبعثة عن الحمي الحاضرة او عن حالة سابقة .

وفي الملاريا يصبح الكبد عادة مدركاً بالجس وموجعاً بعد ورد الحمى بايام قليلة . وضخامة الكبد في الحمى التيفوئيدية تكون عادة طفيفة ولا تدرك الا بعد ابتداء المرض باسبوع واحد ويكون الكبد عادة ليناً .

والضخامة الحادة تنتاب الكبد في امراض اخرى كالطاعون والحمى الراجعة والتيفوس وحمى البحر المتوسط وجميع انواع العفونة الدموية .

ولا شبهه فى ان الضخامة المزمنة فى الكبد تشاهد في امراض اخرى عديدة ولكن البحث عن هذه الحالات مما يخرج عن صدد موضوعنا في هذا المقال .

واما ضخامة الكبد فهي تنشأ عن اسباب عديدة وقد يرى الكبد ضخم في الظاهر بسبب سقوط كتلته في تجويف البطن فى حالات ارتخاء اربطته او بتأثير انصاب بلورائي او امراض صديدية وغيرها فى تجويف الصدر تضغط على الكبد وتسبب انحداره فى البطن فيظهر وكانه ضخم ولكن ليس في الحقيقة كذلك .

والضخامة الحقيقية في الكبد هي ان يكبر حجم الكبد فينزل وتدرك حافته في اسفل مستواها العادى ولا يوجد اتساع في منطقة الاصمية عالياً

و ذا تجاوزت اصمية الكبد الظاهرية حدودها من اعلا يجب البحث اولا عن سبب في الصدر ثانياً عن خراج تحت الحجاب الحاجز ثالثاً عن خراج كبدى ناشئ عن الآميب رابعاً عن كيس ديداني (بايام ارشيبالد)

والامراض التى تولد ضخامة الكبد وحدها مصحوبة بالحمي هي التهابات الكبد واخرجته الناشئة عن الآميب ، والالتهابات الصديدية فى وريد الباب والاخرجة المنبعثة عن عفونة الدم والصموغ الافرنجية وسيروز الكبد في الشيستوزوميازيس

والحالات الحموية التي تفضى الى ضخامة الكبد والطحال كلاهما هي انواع الحمى التيفوئيدية وانتانات باسيلاوس كولي وحمى البحر المتوسط والحمى الراجعة والتيفوس والملاريا والشيستوزوميازيس واليرقان الانتاني

واما مسئلة الامراض الحادة في البطن فهي لا تستحق الاهتمام في صدد تشخيص الحمى ومع ذلك فان هناك بعض الاضطرامات البطنية المتممة التي ترافق الحمى يجب التنويه عنها .

قد يحدث عن الملاريا اسهال مماثل لما يحصل في الهيضة او الزحار على ان يكون هذا الاسهال مصحوباً بالحمي

وكذلك فان بعض الديدان يسبب الاسهال والحمى معا وحينئذ تدرك اليد بالجس ادران صغيرة منحصرة

والحميات التيفوئيدية تسبب عادة تمدد واحساس فى البطن مع اسهال او قبض

والزحار الباسيللوسي يؤدي الى وجع شامل في البطن واحساس فيها

المسالك البولية التناسلية :

اذا اختفى السبب في وجود الحمى التى تستمر طويلا يمكن العثور عليه غالباً فى المسالك البولية حيث يكون انتان ناشئ عن باسلوسات كولي والحمى فى هذه الحالة تسير غالباً على غير انتظام وقد تكون مصحوبة بعرواء يدفع الباحث الى الافتكار فى الملاريا . وكثيراً ما تلتبس هذه الحالات بالحميات التيفوئيدية . غير ان الحمى الناشئة عن عدوى باسيلوس كولي تكون مصحوبة عادة بتزايد الكريوات البيضاء ويوجع في نهاية المجرى البولي واذا ضغط على الكلية المأوفة كان ذلك باعثاً الوجع . ولا يمكن الوثوق من التشخيص ما لم يفحص البول فحصاً بكتريولوجياً ويجب تحليل البول في جميع الحالات المبهمة

والاصابات المفصلية قد تكون ناشئة عن الحمى الروماتيزماوية او التدرن او الدوسنطريا الباسلية او الغونوره وقد تنشأ نادراً عن الاميبيازيس والدانغ والحمى الدماغية السحائية والحمي التيفوئيدية والالتهاب المفصلية العفنة والسفلس

والحمى الروماتيزماوية تنتاب عادة المفاصل الكبيرة وتصيب عدة مفاصل في آن واحد وتنتقل الاصابة من مفصل الى آخر ويكون المرض مصحوبا عادة بعرق غزير وتنفع فيه املاح السالبسيلات

والتهابات المفاصل الحاصلة عن الدوسنطريا الباسلية تصيب عادة مفاصل عديدة . ويكون فيها وجع المفصل شديداً وسرعان ما تتجمع فيه سوائل كثيرة ولم يكن فى المفصل لا حرارة ولا احمرار حتى فيما لو كان الالتهاب حاداً . ولا تنفع فيه املاح السالبسيلات

والتهابات المفصلية الناشئة عن الغونورة تكون عادة منحصرة في مفصل واحد وكثيراً ما تحصل على اثر ضربة او سقوط وتدل سيرة المرض على وجود الغونوره

وقبل ان ادخل في سرد الانتانات المتممة احب ان اذكر شيئاً وجيزاً عن (الطفح) . يصعب تمييز الطفح اذا كان الجلد قاتماً وفى صدد الطفح يذكر اولا الحمي القرمزية .

الحمي القرمزية مرض غير مألوف كثيرا في هذا القطر وقد شاهدت بعض الحادثات التي لم يكن في وسعي القول في انها لم تكن هذا المرض بعينه

والطفح فى هذا المرض هو ايريثيما عامة تظهر فى الجلد بعد ورود الحمى وحدوث التهاب البلعوم بأربع وعشرين ساعة وفقدان الاوجاع المفصلية هنا يميز المرض عن الدانغ وفي الدانغ يظهر الطفح الاولي وكانه احمرار منتشر ثم يعقبه طفح ثانوي هو عبارة عن بقع حمراء يحيطها جلد سالم والوجع في المفاصل يعين على تفريق هذا المرض ·

والطفح في التيفوس يظهر عادة في اليوم الخامس او بعده وهو نقاط وردي يظهر في جلد البطن ويتسع الى الجذع والاطراف ويصعب جدا تمييز النمش الذي يظهر في الحمي الدماغية الشوكية · وكثيراً ما يحتاج البت في التشخيص الى عمل البزل القطنى

وفي الجدري يمكن ادراك الحطاطات بالجس قبل ظهورها للعيان وتدركها اليد خاصة في الجبهة وكانها رش او بذر

ويظهر الطفح فى الحصبة فياليوم الرابع من المرض وتظر اولا في خلف الاذن وفي الوجه وهي مصحوبة بنزلة الفية واذا وجدت في غشاء الفم المخاطي بقع (كوبليكس) فهي تميز الحصبة عن التيفوس او الدانغ

والبقع الوردية التي تحصل في الحمي التيفوئيدية تظهر عادة في نهاية الاسبوع الاول ولكنها قد تتأخر عن هذا الموعد · وهي تظهر فى الجذع وفي هذا القطر كثيراً ما توجد عَلَى الجلد بقع تماثل التى تحصل فى الحميات التيفوئيدية حاصلة من وخز البعوض او من التهاب في بصلات الشعر وما يشاكل ذلك من الاسباب وقد وجدت انا بشخصي صعوبات جمة فى تعين ماهيتها واذا كان المريض مشبوهاً باصابة التيفوئيد ينبغي البحث عنها بدقة فى البطن والصدر واذا شوهدت حين تولدها اينما كانت يمكن عادة تفريقها عن غيرها من الاندفاعات الجلدية ·

٢ الانتانات المتممة ·

اذا اظهر البحث الاكلينيكي الدقيق اياكان من الانتانات الموضعية او العلامات الدالة على اصابة احد اجهزة الجسم يجب ملاحظة الامور التالية

(١) الحمي التى ترد تدريجياً · واشهر انواع هذه الحمي الحمي التيفوئيدية وما عداها تأتي الانتانات بباسيلوس كولي والخراج الكبدي وحمي البحر المتوسط والسل والسفلس والجذام والطاعون السائر والامراض الديدانية واحيانا الاروام الخبيثة

وقد تسير انتكاسات الملاريا المزمنة سيرا بطيئاً في مبدأها وفى جميع انواع الحمي التى فيها تناوب يومى وترتفع فيها الدرجة قبل الظهر يجب الاشتباه من الملاريا او السل ولو كانت الحمي من النوع المنخفض

والسفلس الثانوى من جملة الاسباب التي تدعو الى حركة حموية مستمرة في مستو منخفض لذلك ينبغي ان لا يغيب هذا المرض عن الذهن

(٢) الحمي التى تأخذ فجأة · يكثر وجود هذا النوع من الحمي بحيث انه قد فقد ماله من قيمة التشخيص ومع ذلك فالمشهور حدوث الحمي عَلَى هذه الصورة في الملاريا والتيفوس والطاعون والجدري وضربة الحر والحمى الدماغية الشوكية (ليس دائما) وليس من الكثير ان نرى حادثة تبدأ بحمي فجائية تنتهي بفقدان الشعور فهذه

الحادثة من الممكن ان تكون فى موسم الحر منبعثة عن ضربة الحر ولكن من جهة اخري قد تكون ناشئة عن الملاريا الدماغية فاذا لم يكن من الميسور فحص الدم بالمختبر يحسن جدا حقن الكينين حالا وقد عثر عَلَى وقائع من الحمي التيفوئيدية كانت الحمي فيها قد وردت فجأة

(٣) الحمي بعرواء كبيرا · وهي تعين قليلا فى التشخيص وتوجد كثيرا في الملاريا وضربة الحر والحمي الدماغية الشوكية

(٤) الحمي المصحوبة باحتقان شديد فى ملتحمة العين وهى تدل عَلَى الطاعون والتيفوس والدانغ والحمي الراجعة ويكثر وجودها في الانفلوآنزا

(٥) الحمي المصحوبة باليرقان ويمكن انها ناشئة عن الملاريا او حمي الماء الاسود او الحمي الراجعة الشديدة الوطأة او اليرقان الانتاني وقد حصلت ايام الحرب عدة حادثات من اليرقان كان سببها الحمى التيفوئيدية وكانت هذه الحمي خاصة من فئة البارا (ب)

واليرقان النزلوى والتهاب الكبد او خراجه الناشئ عن الاميب والالتهابات الصديدية فى وريد الباب والخراجات الرئوية الدموية واكياس الكبد الديدانية فكل هذه الامراض من الممكن ان تحدث اليرقان

(٦) والحمي مع الاوذيما الشديدة تعطف الفكر حالا الى جهة الانكيلوستوميازيس وهذه الاوذيما ناشئة طبعا عن التهاب الكلى

(٧) الحمي التي يكون فيها النبض بطيئا نسبة : وهي اذا وجدت عَلَى هذه الصورة تتبادر الحمى التيفوئيدية الى الذهن حالا ولكن الدانغ وحمي الثلاثة ايام (او الساندفلاى فغر) والحمى الدماغية الشوكية تسبب ايضا بطاءة النبض في الادوار المبكرة

(٨) الحمي التي يتسرع فيها النبض هي الحمي التى تشاهد قاعدة ولكن النبض اذا كان سريعا جدا او بعبارة اخرى اذا كان غير متناسب مع سورة الحمى كان دليلا على التدرن

ويتسرع النبض عادة في النقاهة من الدفتريا والانفلوآنزا

٣ ابحاث المختبر

في جميع الحالات التي تستمر فيها الحمي طويلا وحتي اذا كانت الحمى قصيرة المدى من الواجب والمهم التثبت بالبحث البكتريولوجى والحالات التي لايهتدي البحث الاكلينيكي الى تشخيصها يمكن تعيين ماهيتها في المختبر ويقوم المختبر بفوائد جمة حتي في الحالات التى امكن تشخيصها بالمعاينة المادية ولا يجوز ابدا ان يغيب عن الذهن ان انتانين او اكثر قد يوجدا في وقت واحد ومثلا ان الشخص اذا كان مصابا بالملاريا يجوز ان يصاب بمرض اخر كالحمى التيفوئيدية مثلا وقد شاهدت اخيرا بضع حالات كان المرض فيها انفلوآنزا وقد انضمت اليه الملاريا

(١) ان تحليل الادرار يجب ان يجرى فى جميع حالات الحمى ولكن ذلك لايتيسر دائما ومهما كان الامر يجب تحليل الادرار كلما كانت الحمي مستمرة ووخيمة واذا ظهر الهيموغلوبين في البول كان ذلك دليلا عَلى حمي الماء

الاسود اوعفونة الدم الحادة الباعثة الى انحلاله • وبدل البول الزلالي عَلَى حمي الماء الاسود او اليرقان الانتاني او التهاب الكلي • ويوجد البول الدموي احيانا فى الملاريا والطاعون والجدري والدانغ • واكثر حدوث البول الدموى فى الشيستوزوميازيس الا ان الحمى معدومة في هذا المرض •

واذا تعذر وجود سبب للحمى يجب توجيه الفكر الى المسالك البولية كما ذكرت آنفا • وفي هذه الحالة من الضروري تحليل الادرار بوجه دقيق للبحث فيه عن الباسيللات ولهذا الغرض يجب اقتناء البول معقما بواسطة ميل معقم ويوضع في قنينة معقمة ويكفي للتحليل مقدار اونسين من البول والبول سواء اخذ بالميل اوبغيره يجب ان يطرح منه المقدار الذى يخرج اولا لانه يحتوى عَلَى اقذار المجري البولي

(٢) يجب تحليل النفث كلما امكن ذلك وكلما كان التشخيص غير موثوق به وقد يوجد باسيل التدرن في النفث في حين انه لم يوجد فى المريض علامة تدرك بالبحث السريرى وهذا ما يساعد عَلَى حل مشكلة كبرى •

(٣) يجب فحص السائل الدماغي الشوكي فى الحالات التى تدل ظواهرها عَلَى اضطرابات سحائية • لانه يساعد عَلَى تشخيص الالتهاب السحائي ومعرفة ما اذا كان ناشئا عن البنوموكوك او الاستربتوكوك او التدرن او السفلس •

(٤) يجب بحث الغائط • في جميع حالات الحمى المصحوبة باعراض معائية بارزة والاسهال الحاد الغزير مع الاغماء يدل على الهيضة ولاحاجة لذكر الفوائد التى تحصل من تشخيص هذا المرض عاجلا •

والغائط يجب ان يفحص حالا بعد اطراحه ومن العبث ان يحاول المرء العثور على باسيل الديسانتري او الاميب اذا كان الغائط قد حفظ بضع ساعات •

وفحص الغائط اذا اجرى بصورة منتظمة يساعد احيانا على معرفة اسباب الحمي التى استمرت طويلا بدون ان تتضح اسبابها •

ومن افود الوسائل التي تساعد على التشخيص واعظمها اهمية في معظم الحالات هو فحص الدم وان طلاء بسيطا من الدم المحيطي عَلَى صفيحة من الزجاج يكفى غالبا لحل مشكلة التشخيص واذا صرفنا النظر عن وجود طفيليات الملاريا او الحمى الراجعة فان الفحص اذا اخبرنا عن وجود تزايد الكريات البيضاء (لوكوستيوز) او تناقصها (لوكوبه‌ني) فذلك كاف لاسداء المساعدة العظيمة لوضع التشخص

يوجد اللوكوبه‌ني في الحمى المائية (التيفوئيد) وحمى البحر المتوسط والفقر الدموى الخبيث والتدرن الجاورس الحاد والانفلوانزا والفقر الدموى الطحالي او الضخامة الطحالية •

واما اللوكوستيوز فهو ذو قيمة تشخيصية عظمية في اللوكيميا خاصة واذا كثرت الخلايا ذات النواة الكثيرة الاشكال (Polymorphonuclear) فذلك مما يوجه الفكر الى بعض البؤر القيحية المخفية وان كل من الطاعون وذات الرئة والتيفوس الدماغية الشوكية يفضي

الى تزايد واضح فى الكريات البيضاء وكلما اشتد اللوكوستيوز في التيفوس كان ذلك منذراً بخطورة المرض •

ومما يساعد جداً في التشخيص معرفة عدد انواع الكريوات البيضاء فاذا ازداد نوع الائوزينوفيل وجب البحث عن انثان ديدانى واذا ازداد نوع المونونوكله‌اير كان ذلك دليلا على الملاريا ويوجد مثل هذا في الدانغ والاميبيازيس •

واما زرع الدم فهو عَلَى جانب عظيم من الفائدة ولكنه ليس من الوسائط الدارجة مع ذلك يجب عمله في اى نوع من الحمي التي قد تعذر تشخيصها وآلاجلوتيناسيون هو الواسطة الوحيدة لتشخيص المرض فى اغلب الاحيان • ويتفع تفاعل فيدال خاصة فى بغداد لانه قلما يوجد خطأ في النتائج التي نحصل عليها منه كما يحصل في البلاد الاخرى بسبب التلقيح الذى يجرى سابقاً للوقاية من المرض •

ويجب اجراء تفاعل (فايل فليكس) في جميع انواع الحمي التي تاخذ بغتة وتسبب احتقان منضمة العين وتسمم الدم مع ظواهر تخرش الدماغ ويسفر هذا التفاعل عن نتيجة مثبتة فى التيفوس بعد اليوم الرابع واذا كان آلاجلوتيناسيون يقع بنسبة ١ الى ٠٠! فهو دليل قاطع عَلَى طبيعة الاصابة •

ويندر جداً ان يساعد تفاعل فاسرمان عَلَى تعيين نوع الحمي ولكن اذا طال امتداد الحمي يجب الانتجاه اليه ولو لم تكن علامات السفلس موجودة •

الصرعات الغريبة (*)

الدكتور نظام الدين

اخواني المحترمين :

مما هو معلوم لدي اطلاعكم وعلمكم ، ان الصرع هو سندروم (مجموعة اعراض) حصلت من تجمع بعض الاعراض في محل واحد •

هذه الاعراض عائدة الحركات والاحساسات والحواس والاحوال الروحية (الوجدانية) تبدو بغتة وتظهر مستقلة وخارجة عن ادارة المريض واختياره • وتنكشف بدون ان يكون لها ارتباط وتعلق بميول الشخص الوجدانية •

تتم نوبة الصرع بصورة استغراق روحى • وبعد زوال النوبة لا يتذكر المصروع شيئا من كل ما حدث له •

تظهر النوبات وتتكرر على وجه العموم بشكل ونسق واحد • وان اوقات حدوثها وعددها لشخص واحد مختلفة جدا •

ان بعض الاعراض التي تكون سندروم الصرعة تفوق عَلَى البعض الاخر • وان حكم الاعراض بعضها عَلَى بعض بهذه الكيفية هو موضوع مقالنا هذا . وسنوضح هذه المسألة المهمة فيما يأتي :

ان تظاهرات الصرعة (بادئ بدء) تنتج عن الافات المتمكنة في قشر – سحايا الدماغ • وان ماهية هذه الافات متنوعة جدا ، ويمكن اكتشافها تشخيصها بسهولة كبيرة

(*) القيت في جلسة شباط سنة ١٩٢٧ للجمعية الطبية البغدادية •

او قليلة . وان التغييرات التي تحدث با كثر ندرة من هذه تتوضح في اى واحد من مراكز الدماغ .

نشاهد الان (مجموعة اعراض) صرعة تصدر من منشأ سمي — انتاني في العضوية .

يوجد سندرومات (مجموعة اعراض) للصرع تنشأ عن رد فعل (Reflexe) يحدث في النواحي البعيدة عن الدماغ .

وسأذكر فيما بعد مشاهدة مهمة تتعلق بذلك .

اذا شخصت الافات العصبية المكونة للصرعة ، فان تلك الصرعة هي عرض . وقد كان يقال للصرع الذى تعرف الافات المسببة له « صرع مستقل » . ولكن في يومنا هذا قد قل عدد الصرعات المستقلة ، جداً . لان الصرعات التي لا تعرف آفاتها قد اصبحت فى حكم العدم الصرعة مرض معروف من القديم . ويجوز ان يقال : انه قد اكملت اللوحـة السريرية للصرع بالتدقيقات «التشريحية والفسيولوجية والسريرية » التي عملت فى هذا الخصوص .

لا اقصد ان اعرض عليكم واوضح جميع اعراض الصرع والواحها السريرية وانا متأكد من اطلاعكم الثمين في هذا الباب . وانما غايتي الان هي ان اثبت على مسامعكم مشاهداتى الذاتية حول الصرعات التي سميتها « الصرعات الغريبة » (Epilepsie Bizar;

وسأعرض عَلَى انظاركم المدققه ، علاوة على الاوصاف السريرية ، الدقة التى فى تشخيص هذه الصرعات والموفقيات التى حدثت فى معالجتها .

يجب ان نتحرى اكثر الصرعات الغريبة ، فيما بين مجموعة الاعراض العائدة لتغير الاحساسات في الصرع . نسمى جملة الاعراض هذه (Aarra Sansitive) والبكم مشاهدة من هذه :

فى اوائل تموز من السنة الماضية جيء الى مستوصفي بفتاة قوية في الثامنة عشرة من العمر . فذكرت لنا بتألم : انها منذ شهرين ، تحس بعد الاكل بالام شديدة في الناحية الشرسوفية والبطن وبضيق حول القلب وبينما هى في هذه الحالة فان واحدا موجودا في يسارها جمل منذ زمن قريب ، ينفخ فى وجهها من وقت الى آخر ، وان هذا النفخ لم يزل مستمراً رغماً عن الجهود التى صرفت لاجل ازالته .

وعند الكشف على هذه الفتاة لم نعثر على اى تغير في بدنها . حتى ان بنيتها كانت قوية وعارية عن الفقر الدموي وقد الفت نظرنا النفخ في وجهها خاصة ، من بين الاعراض المار ذكرها . فبحثنا عما اذا كان بين عائلتها من يصاب بالصرع ، فذكرت والدتها ان اختيها « اى خالتي الفتاة » مصابتان بالصرع . فد كانت اللوحة السريريه لهذه المشاهدة غريبة جدا في بابها . وكانت لوحة الاعراض ناقصة . وللارث حكم فيها . وقد تايد التشخيص السريرى بالمعالجة ايضا .

توجد آثار مستغربة بين التشوشات الوجدانية (Troubles psychiques) للصرع منها خوف الاولاد فى الليل (Crainte de nuit) وهو ظواهر نوروباتيكية فى بادئ الامر . ولكنه يكتسب موقعاً ممتازا فى اللوحة السريرية للصرع مع جميع الاعراض

الاخرى ، اذا لم يصرف الاهتمام اللازم لمعالجته فى حينه .

من الاعراض اللاحقة للصرع هو بعض التشوشات في الرؤية والسماع ، ورؤية اشياء غريبة وحيوانات مخوفة وسماع كلام لا مناسبة ولا محل له . « الغلط فى الحس والخيال في الحس »

نصادف فى كل وقت اشخاص مصابين بالصرع من هذا القبيل . فنراهم يقولون ، قبل ظهور النوبة عليهم ، ان هناك في الغرفة المجاورة ، بعض الاشخاص يتآمرون على قتلهم وانهم من وقت الى اخر ، ينظرون اليهم من النوافذ نظرات عداء

لقت عالجت فى المدة الاخيرة ولدا مسلما فى الخامسة عشرة من العمر مصابا بالصرع . وكان يخرج من غرفته حيناً فحينا ويبحث عن الاشخاص الذين يريدون قتله ويسمع اصواتهم . وبعد هذا الفساد فى الحس بمدة قصيرة ظهرت عليه نوبة الصرع بتمامها . وقد اوصلتنا تدقيقاتنا في هذه المشاهدة الى نقطة مهمة . وعلمنا ان ابا الولد مصاب بداء الافرنج ، وقد ظهر تفاعل واسرمان فى ابيه مثبتاً . وعليه زرقنا له تحت الجلد محلول البزموت ضد الافرنجي فقلت نوبات الصرع

ان ما يصلح اكثر ان يكون نموذجا للصرعات الغريبة ، سنجده بين ظواهر الحركة العائدة للصرع Modification Motrice

وهذه مشاهدة مهمة في ذلك :

قبل اربعة اشهر جاؤا الينا بابنة صغيرة في الثامنة من [illegible] هذه الفتاة على ما قيل لنا ، تعض على ساعدها الايسر من وقت الى آخر . وحتى انها كانت تعض عليه الى ان يخرج الدم . وان جميع التدابير والكلام والتهديد بقى بدون تاثير ولم يمكن حمل البنت عَلَى ترك هذه العادة السيئة وفضلا عن ذلك فقد اكتسبت العادة المذكورة حالة لا يمكن مقاومتها

عند ذلك فحصت البنت فلم اجد في اعضائها الداخلية اي تغير خلاف الطبيعة . وقد حملنا عادة العض هذه عَلَى « نسمة الصرع » لاننا نرى اعراض التشوشات الوجدانية المستمرة والمشابهة لهذه ، هي بين الصرعات الغريبة فحولنا تدقيقاتنا الى جهة الوراثه . وقد فهمنا من اعتراف عائلة البنت : ان اخا البنت الذى هو اكبر منها تظهر عليه نوبات الصرع . لم يكن في هذه المشاهدة فعل داء الافرنج . كان الصرع وراثيا وعائليا . لم تؤثر فيه المداواة التي اجريت مدة طويلة ولكن اخيرا قلت عادة العض هذه في البنت وطالت مدة الفاصلة التى بين وقوعها مرة اخرى

ان الاهم من بين الصرعات الغريبة انما هو فى نظرنا نوبات الصرعات التي تظهر بالسير ويقال لهذه Epilepsie procursive

ان اكثر ما نصادف هذا النموذج ، هو فى دور الشبوبة .

ان الولد المصاب بالصرع ياخذ فى الركض بغتة بدون سبب موجود . فيسير الى الامام باستقامة واحدة . او يميل في سيره الى كل طرف وكل استقامة ، ولكنه يسير راكضا عَلَى كل حال . ويدفع الموانع التى يجدها فى طريقه والتي وضعت امامه فيرميها الي جانبه حتى يصيبه التعب فتذهب قوته

فيبقى ذاهلا . ثم انه لا يعلم شيئاً عن هذه الحالة وبعد زوال النوبة لا يجيب عن الاسئلة الموجهة اليه ، الا بانه لا يعلم شيئاً ، ان نوبات الصرع التي تظهر بشكل السير ليست متواصلة بكثرة بل تقع مرة او مرتين في خلال الاسبوع .

ان هذه ان هي الا هجوم صرعى . ويقال له الان هجوم متحرك ومتنقل بنفسه (Crise d'automatisme d'ambulatoire)

اخواني ! اعرض الان عليكم واقعة غريبة فيما يخص هذا الهجوم :

قبل بضع سنين جاءوا الينا من النجف الاشرف بشاب من السادة المحترمين فى الخامسة والعشرين من عمره . وقد علمنا انه فتى فاضل من عائلة شريفة من الطبقة العالية وان له شهرة في العتبات المقدسة ، بقوة شعره وفي اول ملاقاة لنا انتصب الشاب واقفاً بصورة فجائية . وجعل يسير الى الامام سيراً سريعاً وبعد ان سار بهذه الكيفية برهة من الزمن رجع الى الوراء فسار كذلك ثم عاد فسار الى الجهة المقابلة كذلك

وبينما كان الشاب يسير بهذه الصورة ، كنا ندقق اوصافه وحركاته . فرأينا فى وجهه اختلاجا (tic) يشابه الاختلاجات العصبية ، كان الشاب مستمرا عَلَى سيره وكان ينشد بعض الابيات من الشعر العربي . لان اباه على ما قيل من مشاهير شعراء العرب ، وقد قال لنا ابوه ان الاشعار التى ينشدها ابنه فى نوبته هذه هى فى غاية البلاغة وخالية من الخطأ وبعد مدة من سيره

هذا ألف الحاضرون ومنهم والد الفتى حلقة والمهم هنا هو انهم جعلوا هذه الحلقه واسعه في بادي الامر وجعلوا الفتى فى وسطها وكلما سار جعلوا يضيقون الحلقة شيئا فشيئا بدون ان يمكنوا الفتى من ان يحس بذلك وقد ضيقوا هذه الحلقة الى درجه لم يبق في استطاعة الفتى فاضل ان يسير الى الامام اوالخلف الا خطوة واحدة وفى هذه اللحظة تماما امسكه والده حاضنا اياه فمنعه من الحركه واخذوه الى فراشه ولكن فى حالة ذعر وذهول زالت النوبة وكانت قد دامت ربع ساعه تقريبا وبعد هذا الذهول ببرهة يسيرة انتبه الولد وعند السؤال منه تبين انه لا يعرف شيئا كانت هجات هذه النوبات تصيبه فى الغالب كل يومين وثلاثه ايام ولكنها كانت تصيبه فى بعض الاحيان مرة بل مرتين فى اليوم الواحد ولقد تعقبنا مريضنا ثلاثه اشهر وقد اصيب فى خلال هذه المدة بخمس وعشرين نوبه وكانت تظهر هذه النوبات بسياق واحد تقريبا وكنا عقب كل نوبه نفحص المريض وكان قلبه يضطرب بضربات شديدة وسريعه كما حصل له الذهول والاغماء وكان عدد نبضه ١٢٠ وقد يصل الى ١٣٠ وكانت حدقتيه منقبضه دائما وكان قد تزايد رد الفعل المركبه والاشيل والكرماستر وكانت اطرافه وخاصه عضلات نواحى العضد وعضلات خلف العنق متقلصه وفى حالة صمولة

كان الشكل السريرى لهذه اللوحة يظهر لنا لوحة صرع بصورة السير . وكانت تدل عَلَى هذا ، جميع الدلائل التي ذكرناها آنفا ، وبناء عليه فقد اعتبرنا هذه الهجمة الصرعوية من اهم الصرعات الغريبة .

لم نجد في بدن مريضنا ، باعثا ماديا لذلك . وبحثنا عن جهتي الوراثة والعائلة وعلمنا ان بعض العائلة من جهة الاب كانوا مصابين بالصرع .

بعد ان وضعنا التشخيص واسميناه بدأنا نحن كذلك بمعالجة مريضنا فاضل بصورة غريبة فنجحنا فيها . وسنذكر ذلك في بحث المداواة فيما بعد .

قلنا فيما مر انه يوجد صرع غريب ينشا عن رد فعل كائن في احد الاعضاء البعيدة عن الدماغ . والان اعرض عليكم مشاهدة ثمينة تتعلق بذلك .

ولد فى الثانية عشرة من العمر من عائلة ذات مركز مهم فى بغداد : اصيب بنوبات اختلاجية منذ ستة اشهر وقد دعينا الى بيته اخيرا لاجل معالجته .

وفي المعاينة الاولى كنا امام نوبة شديدة عَلَى سبيل الصدفة . وفي الوقت الذى بدأت فيه الهجمة كان يشاهد في اطراف الولد العليا والسفلي تزلزل وحركات رقص ذات ارتجاج تماثل داء الرقص ، وفي كلامه كلمات غير مفهومة ، وفي عضديه وفخذيه تقلصات وفي حدقتيه تقبض . وبعد هذه الحالات اخذ الولد بالصراخ والصياح ثم وقع علي الارض مرتميا عَلَى ظهره . واغمى عليه . وفى هذه اللحظة كان قد عض على لسانه فسأل من فمه دم ذو رغوة . استمرت النوبة (الهجمة) عشر دقائق ثم انتهت . وعند ذلك انتبه المريض من اغمائه . وكان لا يتذكر شيئا مما وقع .

كانت هذه الهجمات تتكرر مرة كل يومين او ثلاثة ايام وفي بعض الاحايين كل أسبوع . وكانت مستمرة بطور وسياق واحد . وكانت هذه بالنظر الى العلامات السريرية هجمات صرعة . بحثنا عن الاسباب . وقد كان المريض الصغير سليم البدن فى الظاهر . ولم نجد سببا وراثيا وعائليا لتوليد الصرع .

دعوت رفيقى المحترم الدكتور دنلوب للمشورة (كونسولته) وفحصنا المريض سوية . وفى تلك الاثناء كنا امام هجمة (نوبة) تامة قد اصابت المريض . ولما لم نعثر على اسباب مهيئة تتعلق بالوراثة والعائلة قررنا ان نفحص دم المريض كذلك . وعندما اجري الدكتور دنلوب فحص الدم وفقا للاصول اخبرنا بتزايد (الايوزينوفيل) فى الدم .

ان هذا الاكتشاف اضطرنا الى البحث عن الطفيليات « بارازيت » في الغائط . وقد اسرعنا في عمل ما يقتضي وهنا عثرنا في الامعاء عَلى بيض « اسقاريت لومبريكوئيد» بكثرة . وعليه لم تبق شبهة فى ان الصرع انما كان ناشئا عن الاسكاريد الموجود في الامعاء .

من المسلم ان الاسكاريد فى الامعاء يمكن ان يحدث هذا الصرع . لان السموم (توكسين) التى تفرزها هذه الديدان تؤثر عَلَى مراكز الحركة للدماغ بواسطة الدورة الدموية وتنتقل التحريكات التي توقعها فى الامعاء الى قشر الدماغ وشقوق دولاندو بواسطة الاعصاب الموكلة بالحس للعصب السمباثوى الكبير والنخاع الشوكى ، وعلى ذلك نذكرنا ان الصرع فى مريضا قد نشأ عن ذلك .

عند ذلك عزمنا عَلَى معالجة المريض من طفيليات (بارازيت) الامعاء . فداومت عَلَى المعالجة مدة من الاشهر

فنال المريض الشفاء التام ، ولم يبق عنده اثر لهذا الصرع الغريب .

كما هو معلوم لديكم ، يوجد في السريريات الداخلية نوع من الصرع يسمى صرع براوه — جاكسون . وهذا الصرع يتولد من الآفات المتوضعة في قشر احد نصفي الدماغ الكروي وعلى الارجح في شق رولاندو وانه ، فضلا عن ذلك صرع غريب .

ان النوبة الاختلاجية لهذا الصرع تتوضع في نصف البدن ، او في احد الاطراف ، او في قسم فقط من الطرف الواحد ، او في الوجه .

ان الاعراض الحركية « Syptome Motrice » هي ، من بين اعراض لوحة الصرع التامة ، اثمن واهم عنصر لصرع جاكسون .

وهذه هي الاعراض الحركية : التحلل والاهتزازات في العضلات ، والتقلصات .

يحس المريض بالام شديدة في الناحية التي تحدث فيها الهجمة .

لقد صادفنا في حياتنا الطبية كثيرا من صرع جاكسون . وسأعرض عليكم وقعتين منه نظرا لاهمية بواعثهما :

دعيت الى مداواة رجل قوى البنية في الخامسة والاربعين من عمره . وفي اثناء المعاينة صرت امام هجمة غريبة :

في البدء صار كلام المريض ثقيلا وغير مفهوم ، وقد شوهد على الجهة اليسرى من وجهه اختلاجات وتقلصات واضحة . واخيرا اتفقت هذه العلامات الهامة الى الطرف الاعلى للجهة اليسرى . وبينما كانت هذه العلامات بادية عليه في هذه الجهة مال راس المريض كذلك الى نحو اليسار . ومالت مقلة عينه اليمنى الى اليسار . وكانت تتحرك باهتزازات اختلاجية . وفي اثناء الهجمة تماما عض المريض لسانه . وسالت من فمه رغوة دموية . ثم انه تبول دون علمه . وفي اثناء الهجمة صاح بعض الصيحات وكان غائبا عن نفسه لا يعرف شيئا .

كانت هذه الهجمة ، نموذجا من الصرع المتوضع في الوجه والطرف الاعلى الايسر ، وكانت صرعة غريبة .

وبعد نصف ساعة زالت الهجمة وعاد المريض الى نفسه .

بحثنا عن الاسباب : كان المريض قبل عشر سنين مصابا بداء الافرنج وفي خلال هذه المدة كان قد ظهرت عليه ظواهر « التربيونيم » العائدة للجلد والاغشية المخاطية .

وقد اصيب اخيرا بالصرع .

لاشك في ان مكان هذا الصرع هو شق رولاندو لان مراكز الحركة للوجه والطرف الاعلى ، هي في هذا المكان . ولا شبهة في ان « التربونم » هو الباعث المرضى لذلك . ان استقرار « التربونمات » في شق رولاندو وفي جوهر الدماغ المحرك هو محل للاتهام واضح في هذا الخصوص . ظهر تفاعل واسرمان مثبتا وايد التشخيص ذلك . وبمداواتنا الخصوصية تخلص مريضنا من موت ربما كان محققا .

اما مشاهدتنا الثانية فهي مبهمة من حيث السريريات بقدر الاولى . ولكنها لم تحرز الموفقية بالنظر للمداواة وهذه هي :

قبل بضع سنين كنت قد باشرت بمداواة رجل في الخمسين من عمره باعتبار اصابته بتدرن رئوي مثبت .

المرض طال بالطبع . وفي احد الايام ظهر على الرجل صرع جاكسون بجميع اوصافه السريرية . وكانت هجمات الصرع الموضعية واضحة تماما . كنا متمكنين على التشخيص من حيث السريريات . وكنا نرى ان هذا الصرع ناشئ عن انتان التدرن من حيث الاسباب كنا مقتنعين بوجود آفة في شق رولاندو « كالالتهاب الدرني او الصموغ الدرنية للقشر — السحايا » بالطبع ان مداواتنا لم تثمر . وقد توفى المريض .

ان اللوحات السريرية للمشاهدات التي ذكرناها فيما سبق ، ترينا تشخيص الصرعات الغريبة بكل وضوح . يوجد في هذه اللوحات جميع التشوشات « الحركية والحسية والحاسوبية والوجدانية العائدة الى الملكات العقلية » والتي تحتوي عليها هذه الصرعات .

غير ان الصرعات الغريبة هي صرعات ناقصة من حيث الاعراض . ولهذا السبب ، فهي غريبة الاوصاف .

وبناء على هذا فقد سميناها « الصرعات الغريبة »

فاذا لم ينظر الى « مجموعة الاعراض » العائدة لها بالاهتمام اللازم فانها تختفي عن العين ويصعب التشخيص الحقيقي . وعليه بالطبع لا تحصل فائدة من المداواة .

يمكن ان تلتبس الصرعات بقسم من الامراض . وان الدلائل والاعراض المميزة التي يستند عليها التشخيص المتقابل بين هذه الامراض ، مسطورة بالتفصيل في المدونات الطبية وسوف لا نبحث عنها في حضوركم .

المداواة

ساكتفي في بحث المداواة بعرض تجاربي الذاتية التي سبقت لي

يجب ترتيب وتنظيم المداواة بالنظر الى الاسباب الموجبة الباعثة لهذا السندروم مهما كان شكل الصرعة وماهيتها وحتى في الصرعات الغريبة ، ولا تحصل الموفقية الا باتخاذ هذه التدابير

ان الاصول التي طبقناها في مداواة وقعات الصرعة الغريبة الناشئة من داء الافرنج الوراثي والكسبي « كما في المشاهدة الثانية مشاهدة صرع جاكسون ، هي انه بعد التأكد في التشخيص بالمعاينة السريرية وتفاعل واسرمان نأخذ المرضى تحت المداواة كما لو كانت مداواة ضد داء الافرنج ، وقد داوينا المرضى بكل توفيق خاصة بمحلولات « البزموت » التي هي من اكتشافات الزمن الاخير

اما نوبات الصرع الغريب للولد الصغير التي ثبت لدينا بوثوق بالتحقيقات السريرية ، والفحص بالمكبرة انها منبعثة عن طفيليات الاسكاريد في الامعاء فقد داويناها بالكالومل والسانتونين . فتخلص مريضنا من هجمات الصرع المزعجة ، ولا ازال اراه في بعض الاحيان وهو في العافية التامة .

اما الصرعة الغريبة للشاب فاضل التي ذكرنا مشاهدتها فقد داويناها نحن كذلك بصورة غريبة .

كانت هجمات الصرع التي يصاب بها مريضنا هذا والتي تظهر بصورة الحركة بذاته وراثية وعائلية ، وعدا .

ذلك لان ضعف بنية المريض ومزاجه الانفعالي قد دعانا الى ان نلاحظ ان هناك اشباعاً دراسيا لم تصادف في العضوية واحدا من الادوار التي يقوم بها الباسيل، ولكن مع ذلك فقد قررنا اجراء الكي في راس المريض بناء على امكان وجود آفة درنية في شق رولاندو — القشر الدماغي وفي خلال ثلاثة اشهر اجرينا الكي بالترموكوتر، في كلا نصفي القحف، بصورة متوالية وبفواصل مختلفة ، ، وقد اضفنا الى هذه المداواة العنيفة من الجهة الاخرى اعطاء المسكنات، بروموراللومينال وبهذه الكيفية طالت مدة الفواصل التي بين الهجمة والاخرى واخيرا انقطعت الهجات تماما وبعد سنتين استفهمت عن المريض فاخبروني انه معافى تماما

ان وسائل الدفاع التي لدينا الان ضد الصرعات الداخلة تحت ستار الصرعات المستقلة التي لا يمكن الاطلاع على اسبابها الموجبة ، هذه الوسائل انما هي كما هو معلوم لديكم عرضيه محضا

تعد الان البرومورات والبراميدوتات والترليونالات والسولفونات من الوسائل الفعالة

وفي الواقع انها مؤثرة ولكن تأثيراتها غير موثوق بها وخاصه انها غير ثابتة

هناك بعض اصول للمداواة قد اكتشفت في الزمن الاخير وهي :

المداواة بالمصل (سروم) — ويوجد اختلاف فيها وهي لم تحرز الاعتماد عليها في ساحه التطبيقات بعد

لقد اوصى البعض بان يؤخذ السائل الدماغي الشوكي لشخص مصاب بالصرع وان يزرق في شخص آخر مصاب بالصرع كذلك ولم تحصل من هذه ايضا نتيجه حسنه الان الان

اما المداواة بازالة التوكسين الذى في الدم والمعالجه بالراديوترابي والالكتيروترابي ومعالجه العقدات السمباتية التي في العنق بالكهرباء فكل هذه المعالجات قد اعطت نتائج موقته لا يعتمد عليها

٣

بادئة بدء العلوم التشريحية والخلقية (*)
وطريقة نشأتها وتطورها

من فيزال الى هرفي

الدكتور : سليمان غزالة

ان فيزال يحق له بان يسمى واضع علم التشريح ومؤسسه . انه ولد في « بروكسل » سنة ١٥١٤ وهو من سلالة عامية ، فان والده كان الصيدلي الامين لكارلوس الخامس، وجده « افرارد » عالما متدربا بالعلوم والمعارف وله تآليف كثيره في الطب ، وهو شارح كتب الرازي التي لم يكن لهم غنى عنها وقتئذ

ان فيزال بعد ان كمل درس العلوم في « لوفان » ذهب الى « مونتبليه » في فرنسا لدرس الطب ومن هناك الى باريس ليحضر الدروس التي كان يلقيها « دبوا » كان فيزال وهو في سن ١٦—١٧ من العمر عالما متبحرا في

(*) تابع لما سبق في العدد الماضي

جميع العلوم وكذا اللغات اللاتينية واليونانية والعربية والفرنسوية . واكثر ما امتاز به هو علم التشريح الذي درسه على « سلفيوس »

كان فيزال قد حير عقول الناس ومعلميه خاصة بكمال عقله وذكائه . فكان رفقاؤه حتى معلمه نفسه يركنون الى آرائه ويستشيرونه ويفرضون عليه شرح ما لم يكن معروفاً عندهم مما ذكره جالينوس

انه في سن ٢١ سنة رجع الى لوفان وصار معاونا للمعلم « ارمانتاريوس » في تعليم علم التشريح وذلك سنة ١٥٢٥ وبعد ذلك ببضعة سنوات صار معلماً بالفن المذكور في « سبارو » و « بيزا » ثم في بولونية

وفي سنة ١٥٤٢ وهو في الثامنة والعشرين من العمر نشر كتابه الاول الذى فيه نقض ما كان قد شيده جالينوس في التشريح ولم يبق منه حجراً على حجر

ان علمي التشريح والخلقة (*) وما يتعلق بهما كان الاعتماد فيه ، على ما كان دونه جالينوس ، نحواً من الف واربعمائة سنة . والحالة هذه ان تلك العلوم لم تكن علوماً راسخة مبنية على اس الحقيقة بل انها كانت غالباً قواعد حدسية ونظريات تصويرية لم تستند على الرؤية والملاحظة ولا على درس الفطرة والطبع

كان فيزال في بادئة بدء دروسه منشغفاً معجباً بكتب جالينوس وفصاحتها . ولكنه ما ان ابتدأ في التشريح هو بنفسه متحرياً الجثث البشرية صار يلاحظ ويتحقق عدم مطابقة كتب جالينوس للحقيقة . حتى انه اضطر الى تشريح بعض السعادين ليكتشف على مصدر معلومات جالينوس ، فوقع عليها

بناء عليه انه نبذ وطرح جميع ما كان قد تعلمه من الكتب وتلقنه من المعلمين وصار يأخذ واحدة فواحدة من جميع المسائل والقواعد والمبادئ ليثبتها ويدونها بالتفصيل بناء على ما يراه ويشاهده ويتحققه بالفعل على الجثث البشرية . وبهذه الوسائط توصل متوفقاً من تشييد اركان علم التشريح وقواعده فصار علماً جديدا مبنياً على حقيقة الحال

لم يقم في العالم شخص عظيم الفضل ولم يضطهد . كما قيل :

لا يسلم الشرف الرفيع من الاذى
حتى يراق على جوانبه الدم

فمن المضطهدين من اجل الانباء بالحقيقة كان فيزال . وهو لم يكن ينكر الاخطار الملمة به من اجل وجوده الحقيقة ولكنه كان مستعداً لاحتمال امر العذاب مستشهداً للهدى والحق . وهذا ما كان قد قرره في مطلع كتابه المذكور

او كان من الممكن لرجل لم يكن يبلغ من العمر الثامنة والعشرين ان يخطئ جالينوس الذى يعتبر كلامه آية ؟ وان يهدم جميع ما شيده والفه وشهدت له الاعصار به ؟ وان يقيم هو بنفسه عوضها ويبني القواعد والمبادئ الجديدة ؟ وبكلمة : ان يبطل ايمان العموم ولم يقاومه احد من المعلمين الشيوخ في حياتهم كلها لم يروا ما رآه وعرفه هذا الفتى باوجز وقت ؟ او هل تخلو الدنيا من حسود عنود منافق

ان اول واعظم عدو لفيزال كان معلمه « دبوا » فانه

(*) نظن ان الكاتب المحترم يريد بالخلقة الفسيولوجيا وكان الاحرى به ان يسميها بالفزيزيات اقتداء بالاتراك وهو في نظرنا اصلح (المجلة الطبية)

نسب اليه الجهل والحماقة والكبرياء والنميمة حتي الكفر قائلا : ان فيزال يقذف من فيه كبريتا ليحرق العالم وسما يمحي به اوربا كلها

اما فيزال فلم يكن يقابل معلمه الا بما يضاعف الحرمة والاكرام له . وعندما اضطربت اخيرا افكار العموم من اجل ما كان يقذف به « ديوا » وغيره علي فيزال اضطر « شارل كنت » ملك اسبانيا سنة ١٥٥٦ ان يدعو علماء دار الفنون في « سلمنك » ليفحصوا كتب فيزال وينظروا ان كان يسوغ دينيا ان تفتح جثث الموتى لاجل العلم . بعد الفحص والتدقيق كان جواب العلماء والفقهاء هكذا : لما كان فتح جثث الموتي مقصود منه محضا نفع الجنس البشري فهو اذا جائز محلل . فاقتنع الملك بذلك الجواب ودعا فيزال الى بلاطه وجعله راس اطبائه

ان فيزال لما لم يعد يتمكن من تكميل مشروعه من اجل وظيفته الجديدة عهد به الى تلميذه « جبرائيل فلوبيا »

وبعد ان توفي الملك «شارل كونت» بقي فيزال في وظيفته المذكورة عَلَى عهد الملك (فيليب الثاني) هذا ما جعله ان يكون معظما مكرما مكبلا بالانعام والعطايا ذائع الصيت فائق الاعتبار ممتازا مفضلا عَلَى جميع معاصريه من علماء واطباء . عَلَى ان ذلك السمو الاسمي لم يزد زملاءه الا غضبا وحقدا وحسدا عليه . فما طال ان اغتالوه يوما متهمينه بانه فتح بطن امرأة وهي لم تكن ميتة موتا حقيقيا فحاكمه الاسبانيون وحكموا عليه بالنفى . عَلَى ان الملك بدل ذلك الحكم من السفر الى الاراضي المقدسة وزيارة بيت المقدس ليكون كفارة عن ذلك الجرم . فسافر فيزال وزار القدس ولكن برجوعه لم يتوفق من الوصول لان نوآها ثلارمي بسفينته على جزيرة « جانط » حيث توفي وهو بسن الخمسين

ومما يستحق الذكر مما قال فيزال هذا الكلام : اني لقد اجهدت نفسي لكي ارى ماهية وكيفية جسم الانسان وتركيبه في نفسه وليس في جسم غيره . ولماذا اقيد نفسي واسخرها لقول ما كتب الاولون الاقدمون وكتبهم مغلوطة مفقودة . ولما لا اطالع واقرأ ما اريد ان اعلمه وافهمه بكتاب الطبيعه الذى هو عندى في كل حين وهو لا يغلط ولا يصحف ولا يخفي الحقيقة عَلَى كل من احب رؤيتها رؤية طبيعية عارية عن كل تصنع وخضاب يشوب بصدق جمالها .

***

ان فيزال قسم تاليفه المذكور الي سبعة كتب موضوع الاول العظام والغضروف ، والثاني المفاصل وتركيبها والعضلات وخدمتها ، والثالث الاقنية الدموية وهي الشرائين التى تفرق الدم وتوصله الى اطراف الجسم والاوردة التى من شانها تسكين الحرارة في الروح الحيوية والرابع الاعصاب التى توصل الروح الحيوانية الى العضلات . والخامس تركيب الاعضاء التناسلية ، والسادس القلب الذى هو مركز الروح الحيوي ، والسابع الدماغ وآلات الحواس ونظامها .

وله ما عدا التشريح اكتشافات لا تحصى فى الفسيولوجيا انه اختبر صحتها كلها بالامتحان على الحيوانات الحية ، ومن اهم ذلك مسائل كيفية التنفس وحركة القلب .

ان من تصفح كتاب فيزال ياخذه العجب العجاب

من سمو نظره فى المواضيع التي احاط بها علما عميقا مدققا . واعظم منه عجبا انه بلغ من ذلك وهو فى سن الثامنة والعشرين .

ولم يكتف فيزال فى ما علمه من تركيب جسم الانسان فانه اشتغل كثيرا وتبحر عميقا في تشريح الحيوانات للمقابلة بينها وبين الانسان . وفى ذلك ايضا وضع قواعد واركان علمية لم يزدها الزمان الا رسوخا . انه بلغ فى جميع ما كتب مبلغا تاما عجيبا لم يماثله به احد . فلا يمكننا ان نحدد اكتشافات فيزال في التشريح وحسبنا ان نقول بانه مؤسس وموحد هذا العلم برمته

***

ومن مزايا فيزال تخليفه تلامذة فطاحل يفتخرون بمعلمهم ويفتخر العالم بهم . ومنهم « غابرئيل فلوبيا » الذي ارتقى منبر التعليم في التشريح وهو بسن الرابعة والعشرين . ومن اعماله معارضته لمعلمه فيزال ومحاماته جالينوس . ولكنه لم يتمكن من تبرير هذا الاخير وتخليصه مما عابه به فيزال .

(فالوبيا)

وكان (فالوبيا) طويل الباع متوغلا متدفقا في جميع المسائل . كفوءاً للحكم بين ابوي علم التشريح القديم لجالينوس والجديد لفيزال .

وهو الذى كمل جميع ما تركه فيزال ناقصا في الفصول والمواضيع . ومن تلامذة فيزال ايضا « كولومبو » و« بارتلمي ارستاش » ان لهذا الاخير يرجع الفضل في وضع وتاسيس اركان علم جديد وهو تركيب الانسجة (هيستولوجية) لان من قبله لم يكن احد يتعرض لذلك التشريح . فكان العلماء من قبله يخالون بان الكبد والطحال والكلى والرئة وعَلَى العموم جميع الغدد انها كلها مركبة من دم اندفق ثمة فجمد وتكون منه آلة او عضو . ومن اجل ذلك كان « ايرازستيرات » قد سماها (بارانشيم) مامعناه (اندفق)

واما (اوستاش) فانه رفض ذلك وتبين تركيب كل منها بنوع مفصل مدقق . مع ان الوسائط المقتضية لذلك التدقيق والتحرى كانت غير مساعدة للتعمق فيه . وهو اول من بين لزوم فتح جثث الاموات Autopsie للتوصل الي معرفة وتشخيص الامراض ورؤية علتها فى الاعضاء والغدد . اعنى رؤيتها عيدا وعيانا .

واما التشريح المرضى Anatomie pathologique اعنى فحص الانسجة والاعضاء لرؤية مايحصل فيها من التبدل والفساد اثناء المرض علة كان التبدل ام معلولا فاول من تصور ورأي لزوما له كان « ارازستراث » و « هيروفيلس » مؤسسا مدرسة الاسكندرية اللذان كانا يفتحان ويشرحان الاموات لرؤية علة وسبب الموت اوالفساد الناتج عن المرض .

ومن بعدهما « روفس » الذى بين الفائدة من ذلك الفحص باكتشافه الاسباب المادية العضوية في امراض الكلي والمثانة .

ومن بعد ذلك لم يتمكن احد بل لم يخطر ببال احد درس تلك المطالعات حتى انتهاء الجيل السادس عشر .

وكان فيزال هو فاتح الباب وممهد الطريق في ذلك لمن خلفه . اعنى به ان تلميذه « كولومبو » ايد فعلا وا كد اكتشافات وملاحظات معلمه ونشرها .

***

ولا يخفى ايضاً ما لفيزال من الفضل في وضعه علم التشريح عَلَى صخرة الفحص والتجربة والقراءة رأساً في كتاب الطبيعة عوضاً عن الاعتماد عَلَى كتب جالينوس المخطئة التي اضلت الناس واضاعتهم مدة اربعة عشر جيلا وهم في التيه لايعلمون كيفية تركيب اجسامهم ولا اسباب امراضهم .

قلت الفضل لفيزال لان لولاه لما توصل اوستاش تلميذه من معرفة وجوب التشريح النسيجي والمرضي . وعلى كل حال الفضل للاثنين فيه .

« والشر كواتر »

ومن بعد فيزال واوستاش تام « والشر كواتر » سنة ١٥٧٣ وبين اهمية التشريح الطبي وفوائده للعلم كان ام لحسن المعالجات . وطلب بان ترخص الحكومة وتبيح فتح جثث الموتى الذين لم يشخص مرضهم ولم يعرف سببه .

وهو الذى كتب ايضا بعض الملاحظات في علم الفزيولوجية الامتحانية . ومن ذلك ملاحظات حركات القلب وتسمع دويه . وامتحان منفعة الدماغ وكل جزء منه .

بناء على النجاح والنتائج الحسنة التى كانت تكتسب وترى عياناً حتى من عموم الناس بواسطة ذلك التشريح الطبي والامتحانات الفزيولوجية التجريبية صار كثير من العلماء يتخصصون لحرث ودرس مسألة واحدة . فمنهم للتشريح النسيجى ومنهم للطبي ومنهم الفزيولوجية ومنهم للتشريح بحد ذاته فقط . فكان المتخصصون يتزاحمون فيما بينهم كل فريق منهم يجاهد في اظهار اهمية شعبته العلمية والفوائد المؤمل حصولها من النجاح فيها اوبالعكس .

ومن ذلك قول « اوستاش » وهو شيخ عندما راى فائدة التشريح الطبي وهو كان مشتغلا بالفزيولوجية التجريبية . ياليتني ابتدأت باكرا وقضيت عمرى في التشريح الطبي . انه لحرث مخصب لايقاس عليه غيره .

فوقتئذ لم يكن اذا علم التشريح الطبي موضوعة اركانه وقواعده . ولكن العلماء اصحاب الحدس السليم كان قد حصحص لهم وميض النجاح المؤمل من العلوم الطبية كلها وكشف غوامضها بواسطة حرث التشريح النسيجي والطبي معا . فصار الكثير منهم يتغالبون ويتزاحمون للتقدم فيه واكتشاف شيء جديد مفيد غير مسبوق .

ونذكر من هؤلاء ثلاثة وهم : « بالين . بينيفيني . رمبردودنس » وهذا الاخير هو الذي نشر فى ذلك العلم كتابا سنة ١٥٨٤ حيث يقول فى مقدمته : ان افتتاح الجثث توا بعد الوفاة بقصد معرفة العلة الحقيقية للمرض . اي العلة التي كانت اثناء الحياة مجهولة غامضة وخفية عنا . هو امر بديهي لاريب فيه وهو خير واسطة وطريق لتقدم العلوم الطبية واسنادها عَلَى قواعد حقيقية تكون كمشكاة تنير الاذهان وتستكمل العقول . فنتوصل بها الى شرح واحدة فواحدة من حادثات وامارات الامراض اثناء الحياة وتشخيصها فمداراتها ومنع حصولها والتحذر منها .

وكان وقتئذ قد تقرر بان الفالج علة دماغية . وان بعضه يكون في الجنب المخالف للجهة المصابة من الدماغ وحاصل الكلام : ان منذ ذلك الحين ابتدأ علم الملاحظات السريرية للامراض . اعنى به ملاحظة المرضى وتدوين حادثات وعلامات مرضهم جميعها . الكى من بعد الموت تفحص الاسباب والعلل لدى الجثث والاكتشاف التشريحى .

وكان ل « دودنس » اعظم الفضل لاكتشافه بتلك الواسطة السبب القريب لاكثر الامراض ولافتتاحه فيه باباً واسعاً وطريقاً رحباً سار فيها الذين اتوا بعده فقادتهم الطريق الى مانحن عليه الان من درجة علم التشريح الطبي .

***

ويجدر بنا ذكر اشهر من تحري هذا الموضوع . فمنهم (ارانزى) من بولونية . وهو من تلامذة فيزال الذى امتاز في درسه . وفي وضعه علم نمو البيضة البشرية والاقسام التى تتركب منها مذ حين تصورها حتى الولادة . وهو فيه لم يكن يعتمد عَلَى جالينوس بل اظهر خطأه . (فارولي) من بولونية ايضاً ولد سنه ١٥٤٥ وهو الذي حرث علم الدماغ وتشريحه .

(بكولومبنى) الذي من بعد فيزال اعطى اعظم الاهمية للمادة السنجابية والبيضاء من الدماغ .

(فابريز يودا كويندنتى) الذى ابان جليا وجود ثنيات باطن الشرائين . وهذه بقيت لم تعرف منفعتها حتى اكتشفت (هارفي) الدورة الدموية .

(فاندنسبيغل) ولد فى (بركسل) ومات وهو فى سن ٤٨ ولم يتمكن من نشر تأليفاته . ومما اشتهر به هو درسه الكبد بنوع خصوصي وكذلك الجنين وما يتعلق به . وطبع كتابه ١٦٢٦

***

ونقول بالاختصار : ان الدور الثاني من تاريخ التشريح هو الاطول والافضل فى النصف الاول منه كان الطب منقادا انقياد اعمى لاراء وتآليف الاولين لاسيما جالينوس . على انه في ذلك العهد . رغما عن التعصبات والوساوس والخوف من فتح الجثث البشرية ودرسها . ابتدأ العلماء فى ادراك فائدة ذلك فى ايطاليا عَلَى الاخص . ولكن تلك النهضة لم تجد نفعا يعتد به ودام العلماء مستندين على جالينوس لايفيقون عَلَى اغلاطه .

واما النصف الثاني ففيه تحررت الافكار من نير جالينوس . ونضي العلماء ربقه العبوديه للاقدمين فاستقوا مليا الينابيع العلمية زلالا نقيا لم تدنسه التصورات الشخصية الوهمية . انهم . لم يستشيروا فيه فيلسوفا ولا معلما ملقنا بل قرأوا عَلَى الطبيعة دروسهم وما افضلها من معلم .

والفضل فيه يرجع الى فيزال وحده هو مكتشف وواضع علم التشريح فاتبعه فيه تلاميذه العلماء وتوصلوا الى اكتشافات لاعد بها . فالفضل يعود الى فيزل بان (والشر كولاتر) اسمى واضعا الفزيولوجية الامتحانية . و (زمبردودنس) التشريح الطبي . و (اوستاش) علم تركيب الانسجة . و (ارزانى) و (فانسبيغل) علم الجنين .

يتبع الدكتور : سليمان غزاله

المقتبسات

عن اللانست

البزموت في معالجة السفلس

(تتمة ما سبق في العدد الماضي)

عدم احتمال البزموت

ان اعراض التسمم بالبزموت تماثل من حيث العموم الاعراض التي تحدث في تسمم الزئبق غير ان شفاء المريض من التسمم بالبزموت يتم اسرع مما يكون في تسمم الزئبق · والى القارئ ملاحظات موجزة عن التأثيرات السمية للبزموت ربما كانت عَلَى جانب من الفائدة العملية وهي ان احدث الاعراض التي يفضي اليها التسمم بالبزموت هو (فقدان الشهية للطعام) وربما كان ذلك مصحوبا بشعور مبهم لسوء الهضم ، والصداع · وهناك عرض مبكر آخر وهو (فقدان وزن الجسم) واذا هبط وزن الجسم سريعا بمقدار ٢ الى ٤ ليبرات في بضعة ايام كان ذلك دليلا عَلَى بدء فقدان التحمل · ومن علامات عدم التحمل التي يمكن الانتباه اليها بسهولة هو « الارق وانقباض النفس » وجميع هذه الاعراض تكون مصحوبة بالبول الزلالي الذي يحدث بعدها وهو يشير الى وجوب ابطال المعالجة · واذا احدث « الخط الأزرق في اللثة » كان ذلك من اثمن العلامات في نظر الطبيب الممارس اذ انه يدل على مقدار البزموت الذي يمكن احتماله وبالنتيجة يعين عَلَى تقدير الجرعة المناسبة · يتكون في بادئ الامر خط سنجابي في حافة اللثة ويتحول هذا اللون تدريجيا الى لون ازرق سنجابي · ولا يجب ابطال استعمال البزموت اذا لم يكن في الفم التهابا ولو ان ذلك الخط اصبح ازرقا تماما بل يجب تقليل مقداره فقط وبهذه الطريقة يمكن الاستمرار عَلَى استعمال البزموت عدة اسابيع بدون ان يظهر منه مفعولا مضرا · ويجب على كل حال ابطال البزموت عندما تظهر اول علامة تدل على التهاب الفم لان البزموت يتراكم في البدن ويستمر مفعوله ولو ابطل استعماله · وقد لاحظ الكولونيل (هاريصون) ان الخط الازرق يكثر حدوثه عند استعمال المركبات المنحلة وهو علامة نافعة في تعيين درجة التحمل للبزموت ، ولكنه قد ينعدم في تسممات البزموت الخطرة وان الحادثات الآتية توضح اهمية هذه النقطة ·

التهاب عصبي محيطي وبول زلالي — ذكر كريجلي (Critchley) حادثة من حادثات التهاب العصب المحيطي وقعت عند امرأة في الثامنة والثلاثين من العمر كانت تشكو من التهاب في الكلي · وقد اصيبت هذه الامرأة باوجاع شديدة وباحساس اليم في العضلات مع فقدان القوة من الاطراف الاربعة وذلك بعد اخذ الحقنة الاولى من البزموت بخمسة اسابيع ، ومع ذلك فلم يكن هناك لا اسهال ولا قيء ولا خط ازرق ·

وتؤكد هذه الحادثة وجوب العدول عن حقن البزموت عندما تكون الكلى مأوفة ، ووجوب تحليل البول قبل كل حقنة ·

التهاب جلدي ناشئ عن البزموت — قد سنحت لي فرصة شاهدت فيها حادثة شديدة من حادثات الالتهابات الجلدية التفلسية في قسم الامراض الزهرية من مستشفى القديس توماس · فكانت تلك الحادثة لا تفرق في شيء عن التهاب الجلد المشهور الذي يحدث بسبب الزرنيخ وكانت ناشئة عن البزموت دون سواه · وكان المريض مصابا بالتابس ولم تظهر فيه اية علامة للخط الازرق

خناق فنسان — كان تحت مباشرتي اربعة من المرضى قد اصيبوا بخناق فنسان في اثناء دورة واحدة من معالجة البزموت ولم يوجد التهاب في الفم ولا خط ازرق في اللثة ولم تكن هناك اية علامة او عرض آخر يدل عَلَى نفاد التحمل نحو البزموت غير ان الطرائق المعتادة لم تكن قد افادت في معالجة خناق فنسان الا بعد ابطال حقن البزموت والمرضى الذين يتعاطون البزموت هم اكثر الناس عرضة للاصابة بخناق فنسان ومن المحتمل ان ذلك ناشئ عن ضعف الغشاء المخاطي الفمي بسبب افراز البزموت مع اللعاب

تأثير البزموت على الكلي — ان الاختبارات التي اجريت في صدد تأثير البزموت عَلَى الكلي قد ايدت النتيجة التي اسفرت عنها تجارب (براون) وزملاؤه عَلَى الارانب وهي ان البزموت ذو سمية قليلة نسبة · وقد وجدوا انه من الممكن زرق ٣٠ ميلغراما من البوتاسيوم بزموت طرطرات عن كل كيلوغرام من وزن الجسم (وهو ما يعادل تسعة اضعاف الجرعة التي تعطى للانسان) وقد شاهدوا ان البزموت اذا اعطي بهذا المقدار لا يحصل عنه اي تغير كيميائي في الدم يشير الى التهاب في الكلي او الى اي دليل نسجي يدل عَلَى اصابة الكلي بآفة اخرى ·

——>ooo<——

البيستوفول
او
الآسه تيل اوكس آمينوفنيل آرسينات البزموت(١)

قد وصف الاستاذ لفاديتي في اوائل عام ١٩٢٦ · مركبا جديدا من الزرنيخ والبزموت وهذا المركب كان تحت الاختبار منذ عام ١٩٢٤ وهو الاسه تيل اوكس آمينوفنيل آرسينات البزموت القاعدي التفاعل وهو يحتوي عَلَى البزموت بنسبة ٤٠٫٩٢ في المائة وعلى الزرنيخ بنسبة ١٤٫٥٥ في المائة وهو غير قابل للانحلال في الماء واذا وضع في ماء الملح تبقى ذراته معلقة فيه وهذا يشفي السفلس التجربي اذا حقن منه ما يعادل ١٫٥ ميلغراما من البزموت لكل كيلوغرام من وزن الجسم · واذا استحلب في الزيت فان الجرعة الشافية منه تعادل ٠٫٠٤١ ميلغراما من البزموت لكل كيلوغرام من وزن الجسم · وقد ايد (فورنية) صحة هذه النتائج في معالجة ٢٠ حادثة من حادثات السفلس في الانسان وذكروا فقدان الفاعلات الموجعة وتلاشي السبيرل الباهت في مدة تتراوح بين ٢٤ و ٤٨ ساعة بعد الحقنة الاولى التي مقدارها ٢ سم٣ وقد ذكر

(١) Acetyloxy aminophenyl arsenate of Bismuth.

ايضا سرعة التندب في القرحة وسلب تفاعل فاسسرمان في كل حادثة عولجت بسلسلة من الحقن لايتجاوز عددها الاثني عشر ·

وقدجربنا هذا العلاج المسمى (بيستوفول) فى مستشفى القديس توماس ولم تسفر تجربتنا عما يؤيد الادعاآت الانفة الذكر اذاننا وجدنا ان العلاج مؤلم جدا وقد وجدنا جراثيم السفلس وهي في نشاطها عَلَى طول الستة والسبعة ايام التي اعقبت الجرعة الاصلية ولما رأينا ان جراثيم السفلس لازالت موجودة بعد حقن ٠:٣ غراما من العلاج ، وان تفاعل فاسسرمان فى هذه المدة بقى مثبتا بدرجة قوية · عدنا فاعطينا العلاج بمقدار اقوي وحقناه بفواصل اقصر امتدادا وهكذا فقد حقنا فى حادثة مقدار ٠،٦ من الغرام فى ظرف ثلاثة ايام ومع ذلك فان الجراثيم بقيت على قيد الحياة الى مابعد الحقن الاولى بخمسة ايام وكان تفاعل فاسسرمان موجبا بدرجة (++) · وفي حادثتين اخرتين حقن من العلاج ٠،٧٥ و ٠،٦٩ من الغرام ومع ذلك فكان الاسبيروكت حيا ونشيطا فى اليوم الرابع والخامس ·

مكان البزموت في معالجة السفلس

لايمكن الحكم فى الوقت الحاضر عَلَى المركز الذى سيحرزه البزموت نهائيا في معالجة السفلس اذا قيس البزموت بالارسنوبنزول من حيث تأثيره في اتلاف الاسبيروكت أو الهاجمة من الافات الموضعية اتضح ان البزموت ابطأ تأثيرا في هذا الخصوص وقددلت التجارب عَلَى ان الارسنوبنزول اقدر من البزموت او من كباته عَلَى قتل الاسبيروكت ولذلك يكادلا يمكن تعويض تلك المادة بالبزموت اوبمركباته فى معالجة الادوار المبكرة من انتان السفلس · وربما كان هناك بعض الخطر فى الوقت الحاضر من جانب الاطباء الذين يسمحون بان يحل البزموت محل الارسنوبنزول وليس هناك حجة تجيز المعاوضة بين تلك المادتين · والبزموت لا يرفع العدوى عن المريض بالسرعة التي تتيسر للارسنوبنزول وان استعمال البزموت بدون الارسنوبنزول فى معالجة الحادثات المبكرة ربما كان باعثا الى زيادة تسلط السفلس وذلك لان القسم الوافر من حادثات السفلس تنقل المرض الى الاخرين اذا كانت في ادوارها المبكرة والسارية · واخيرا ان معظم النقصان الذى شوهد في عدد حادثات السفلس في الايام الاولي فى مراكز المعالجة في انكلترة والويلس ، وهو من ٤٢،٠٠٠ حادثة في عام ١٩٢٠ الى ٢٢،٠٠٠ حادثة في عام ١٩٢٥ كان سببه سرعة مفعول الارسنوبنزول · ومن المؤسف جدا ان تضيع هذه الفائدة فى تيار من المظاهرة لعلاج بعد جديدا بالمقارنة مع سلفه ·

ومما يؤيد صحة اقوالنا في قيمة البزموت هو ان فى فرانسة حيث يشيع استعمال هذه المادة دون سواها ، فان عدد الاصابات بالسفلس قدزاد زيادة واضحة منذ عام ١٩٢٣ وشوهدت تلك الزيادة خاصة في المناطق المركزية كباريس وقد ذكر الاستاذ (جوزيف يادا صون) فى سياق حديث له في برلين فى شهر نوفمبر من عام ١٩٢٦ عن انكسار شوكة السفلس في اوروبا ، ان عدد اصابات السفلس قدانخفض

فى فرانسا وانكلترة الى حد النصف بين عامى ١٩١٩ و١٩٢٣ وما ذلك الا بفضل استعمال السالفارسان · ومع ذلك فقد انتكس السفلس فى فرانسة فى السنوات الاربع الماضية حيث كان قدبرز البزموت لاول مرة كعلاج مضاد للسفلس وقد استدعي هذا الامر نفسه ملاحظة الدكتور (جانسلم) من مستشفى سنت لويس حيث قدوجد فى باريس زيادة فى الاصابات التى لمداتصلت بها عدوى السفلس حديثا وكانت تبلغ هذه الزيادة نسبة ال ٢٠ فى المائة وقد ارتفعت الاصابات من ١٩٥٥ حيث كانت فى عام ١٩٢٤ الى ٢٤٤٥ اصابة فى عام ١٩٢٥ ويرجع سبب هذه الزيادة كما قال المؤلف المذكور الى كثرة نزوح العمال الاجانب الى مراكز الصناعة الواسعة الموجودة فى تلك المدينة الا ان السبب الاصلي الذى علل به الدكتور جانسلم تلك الزيادة كان احلال البزموت محل الارسنوبنزول بدون الالتفات الى ماينهما من الفروق ومع ذلك فان الرأى الذى يتمسك به كثير من الاطباء الفرنساويين هو ان البزموت اشد مفعولا من الارسنوبنزول ·

بقيت علينا مسئلة اخري وهي ان البزموت اذا لم يصلح ان يكون عوضا للزرنيخ فهل فى وسعه ان يحل محل الزئبق؟ تلك مسئلة يتعذر الجواب عليها بصورة باتة بالنظر الى معلوماتنا الحاضرة · ان جميع الدلائل التجربيه التي حصل عليها من تاثير البزموت فى السفلس كانت لصالح هذا العلاج ولكن النتايج السريرية والاكتشافات الباثولوجيكية في الانسان لم تكن عَلَى جانب من النجاح ويرى ريزيس Raiziss وزميل له ان لمركبات البزموت قوة كافية لاستئصال شأفة العدوى من السفلس المحدث فى الارانب بالتجربة غير ان السالفارسان يتمتع بقوة من التاثير الكيمياوى تفوق ماهي فى البزموت عَلَى ان الزموت يفوق الزئبق بصورة واضحة وقد اختلف الباحثون فيما يختص بتاثير البزموت عَلَى تفاعل فاسسرمان ولا يظهر ان للبزموت اى مفعول واضح فى تحويل نتائج التفاعل من الحالة الموجبة الي الحالة السالبة مع الاشخاص الذين قد بلغ فيهم السفلس ادواره المتاخرة الاان الامر الذي لانزاع فيه هو ان البزموت ينفع اكثر من غيره في معالجة الافات الافرنجية الثلاثية ولاسيما التي تكون في الفم، والاعراض السفلسية العصبيه ماعدا الشلل الجنونى العام، ومن جهة اخرى قد ذكر بعض المؤلفين فشل البزموت في معالجة البعض من الحادثات ومهما كان الامر فاذا قوبلت النتائج في تفاعل فاسسرمان بين الحادثات التي عولجت بالزئبق والتى عولجت بالبزموت يرى انها فى الاولى افضل بكثير مما في الثانية ولما كان تفاعل فاسسرمان هو الدليل الوحيد الذي نتمسك به في الوقت الحاضر للحكم عَلَى تاثير العلاج في السفلس فقد وجب بالنظر الي المقارنة الانفة الذكر ان نحكم بان الزئبق اشد مفعولا من البزموت

الاسباب التى تشير الى تفضيل البزموت على الزئبق

قد مر على البزموت زمن كان فيه مفضلا عَلَى غيره الادوية · وهو غير سام نوعا ويمكن احتماله اسهل من الزئبق في حالات التهاب الكلى · والبزموت يعطي بدون ان يحصل

منه اي محذور على المريض في حالات اليرقان الناشي، عن التسمم بالزرنيخ في حين ان الزئبق لا يمكن ان يعطي نظرا لسميته الشديدة. يمكن استعمال البزموت عند اصابة الجسم بامراض عضوية متقدمة، حين لا يوصي استعمال الزرنيخ والزئبق واحيانا يعطي الزئبق بدون قياس لمعالجة السفلس المتاخر فيصبح الاسبيروكت والحالة هذه مقاوما للزئبق ففي مثل هذه الحالة ينفع جداً تبديل الزئبق بالبزموت وكثيراً ما اسفرت عن هذا التبديل نتائج حسنة.

وهناك سبب عملي واحد لا يسوغ استعمال البزموت وهو التهاب الفم وهذا ما يتسنى التخلص منه بعناية خاصة كتطهير الفم وتفريغ الامعاء بالمسهلات واذا ماعجزت هذه الوسائل عن دفعه يجب حقن (الصوديوم ثيوسولفات) يوميا بمقدار يتراوح بين ٠،٤٥ و ٠،٩ من الغرام يظهران هذا العلاج اذا حقن في داخل الاوردة لم يكن اشد مفعولا مما لو كان قد حقن تحت الجلد عميقاً. والصوديوم ثيوسلفات لا يحدث تفاعلا موضعيا واذا احدث الحمى بعد استعماله فهي ليست منبعثة عن العلاج نفسه

ومفعول الزئبق سواء كان من حيث المعالجة او التسمم فهو متناسب مع مقدار عنصر الزئبق الموجود فيه. وان معدل الجرعة الدوائية والجرعة السمية هو مرتفع وقد فشلت المساعي المتجهة الان الى تبعيد الشقة بين حدى الجرعة الدوائية والجرعة السمية لمستحضرات الزئبق، و يمنع الطبيب عن الوصول الى النتيجة التي يرمى اليها من المعالجة بالزئبق بسبب عدم تحمل المريض لهذا العلاج ويكثر ذلك في الزئبق اكثر ما هو في البزموت.

ومع ذلك فأن هناك ادلة تبرهن عَلَى نفع استعمال البزموت والزئبق بالمناوبة. ومما يظهر من التقرير الذي رفعه (مجمع التحريرات الطبية) في نوفمبر عام ١٩٢٦ في خصوص تاثير المعالجة عَلَى تفاعل فاسرمان ان الانتكاس في مصل المريض اي رجوع تفاعل فاسرمان الى الايجاب ماهو الا دليلا على عودة الاسبيروكت الى نشاطه. وجاء في ذلك التقرير انه ربما تولدت من الاسبيروكت انسال جديدة مقاومة للزئبق بسبب استعمال هذا العلاج بصورة متمادية و غير كافية. وقد جاء فيه ان الزئبق يقتحم الاسبيروكتات عند جولانها في الدم ولكنه غير قادر عَلَى الوصول الي الاسبيروكتات الرسوبية الصعبة المنال التي تتحصن في ادوار السفلس الاخيرة في الافات الليفية والعقد اللنفاوية المتصلبة وفي الخصيتين والطحال. ومن كل ماجاء في ذلك التقرير صحيحا وقد اشار واضعيه الى استعمال البزموت والزئبق بالمناوبة وهذا ما استحسنه عدد كبير من متخصصي السفلس في امريكة

من المحتمل ان يكون البزموت كالزئبق مقتدرا عَلَى انتاج الاسبيروكتات المقاومة له وخاصة اذا كانت الجرعات غير كافية لاتلاف الجراثيم. وقد وجد (جمزه - Giemsa) ان الاسبيروكتات التي تنقل من ارنب الى اخر تصبح عديمة التأثر من جرعات غير كافية من الصوديوم ترى بزموتيل طرطرات. وقد اشار بعض المؤلفين الى استعمال السالفارسان للوقاية من انتكاس تفاعل فاسرمان ولاتلاف الاسبيروكتات الرسوبية وذلك لانهم يعتقدون

ان الارسينوبنزول لا ينتج الاسبيروكتات التي تقاوم عمله وانا مرتاب من هذا الاعتقاد واجدني ميالا للاعتقاد بان كل من الارسينوبنزول والزئبق والبزموت في وسعه انتاج الاسبيروكتات المقاومة لاسيما اذا كانت قد استعملت من تلك المواد جرعات غير كافية لمدة طويلة. ومما يؤيد هذه الفكرة ان الدكتور (كلاودەر — Klauder) ذكر في تقرير له انه احدث في الارانب انسال من الاسبيروكت الباهت مقاومة للزرنيخ وذلك بان اعطاها مقادير قليلة من الاسينوبنزول هي دون المقادير الشفائية ثم لقح عدة حيوانات بهذه الانسال.

ويرتأي الدكتور (ستوكس — Stokes) من فلادلفيا انه من الممكن والمفيد في جميع ادوار المعالجة تعويض النصف من الزئبق بالبزموت ويوصي استعمال العلاجين بالمناوبة. ويفضل الشروع باملاح الزئبق المنحلة عندما تصاب الاعصاب بالسفلس باكرا لان الزئبق سريع التأثير على الاسبيروكت الباهت ويفعل فيه مباشرة في حين ان البزموت ربما كان لم يكن له سوى مفعولا رادعا. ويعتقد الدكتور (دني — Dennie) ان السفلس الراجع يجب ان يعالج بالسالفارسان والزئبق ويجب اعطاء هذين العلاجين في حدود التحمل وبالمناوبة مع البزموت.

فهذه الاقوال كلها تبرهن عَلَى افضلية استعمال الاسينو-بنزول والزئبق او هو والبزموت في آن واحد بدلا من استعمال هذه المواد بصورة منفردة.

النتيجة

(١) لاشبهة في ان البزموت احد الادوية المستعملة في معالجة السفلس (٢) ان المركبات المنحلة تورث الالم وهي اكثر سمية من المركبات غير المنحلة التي لا تورث الالم. (٣) ان معدن البزموت اقل سمية من هذه المركبات (٤) ان افضل طريقة لاستعمال البزموت هي حقنه تحت الجلد عميقا (٥) قد يحدث التسمم بصورة جدية بالرغم عن فقدان الخط الازرق من اللثة (٦) يتمكن البزموت من اظهار تفاعل جاريش هيركسهايمر (Jarisch Herxheimer) (٧) ينفع البزموت في معالجة الافات الثلاثية التي في الفم واللسان وفي معالجة التابس. (٨) ليس البزموت قويا كالزئبق ولكن استعماله اكثر ملائمة. (٩) ليس للبزموت والارسينوبنزول تاثير قوي على تفاعل فاسرمان كما للارسينوبنزول والزئبق (١٠) يفيد البزموت في حالات التهاب الكلى واليرقان وفي جميع الامراض العضوية التي قد قطعت مراحل بعيدة حيث لا يلائم استعمال الزئبق والزرنيخ ويفيد البزموت ايضا في معالجة السفلس المتأخر الذى قد اصبح مقاوما لفعل الزئبق والزرنيخ (١١) تدل الاختبارات عَلى ان كل من البزموت والزرنيخ والزئبق في وسعه انتاج الاسبيروكتات المقاومة له اذا استعملت منه جرعات هي دون الحد المؤثر (١٢) ليس في البزموت كفاءة لان يقوم محل الارسينوبنزول (١٣) قد دلت تجارب حديثة قام بها كولله وابفرس عَلَى ان البزموت احرى به ان ينهى الجراثيم عن العمل بدلا من ان يتلفها فاذاً هو ناه (Inhibitory) وليس شاف (Curative) ولا

تسمح معلوماتنا الحاضرة بقبول البزموت عوضا عن الزئبق

(١٤) لم يثبت ان البزموت اشد مفعولا من الزئبق في اشفاء السفلس نهائيا وربما وجد ان قيمة الزئبق الشفائية اعلى مما هي في البزموت .

ملخص الابحاث الطبية الجديدة

الطب

١٧ . الوقاية من الحصبة بمصل الماعز المحصن

جاء في (مجلة الجمعية الطبية الاميركية ٢٥ ديسمبر ١٩٢٦ ص ٢١٤٩) ان الدكتوران تونيكليف (R. Tunnicliff) وهوين (A. L. Hoyne) قد حصنا المعز بزرق ديبلوكوكات الحصبة ومرشحاتها في داخل الوريد وبهذه الوسيلة قد حصلا على مصل مضاد للبكتريا والسموم معاً . وقد حقنا هذا المصل لاطفال كانوا في السنة الواحدة من العمر ولاطفال اكبر من هؤلاء سنا ولعدد قليل من الممرضات فكانت النتيجة ان سلموا كلهم من الاصابة بالحصبة على انهم تعرضوا لها عمداً واما الذين لم يحقن لهم المصل فقد نالهم المرض . ومع ذلك فان مصل المعز قى من المرض بنسبة ٤٥ في المائة من الاشخاص الذين قد لقحوا به بعد ان لامسوا المصابين بالحصبة باربعة ايام . واما الذين قد لقحوا بالمصل في الثلاثة ايام الاولى من تعرضهم للمرض فانهم يسلمون من الاصابة بنسبة ٩٧ في المائة . وان ١١ طفلا دون السنة الواحدة من العمر قد لقحوا بالمصل بعد تعرضهم للمرض فيما يزيد عن الاربعة ايام وقد اصيب جميعهم بالحصبة في حين ان ٣٣ طفلا قد لقحوا بالمصل في الاربعة ايام الاولى من تعرضهم للمرض ولم تظهر فيهم علائم الحصبة . وقد ظهرت التفاعلات الموضعية والعمومية للمصل في هؤلاء الاطفال بنسبة ١٢ في المائة . ويقول الطبيبان ان المناعة القهرية التي يمنحها مصل الماعز المحصن هي وان كانت لا تدوم الا بضعة اسابيع فان المصل مفيد في وقاية صغار الاطفال ومعلوليهم وفي صد وباء الحصبة حين نشوبه

***

١٨ . الاختلاجات في السعال الديكي

كتب الدكتور هسلر (E. Hassler) (في مجلة الاطفال الالمانية الصادرة في دسمبر ١٩٢٦ ص ٣٧٦) ان المباحث الطبية قلما ذكرت شيئا عن توالي الاختلاجات في السعال الديكي . وجد الدكتور هوبينر هذه الاختلاجات ستة مرات بين ١٨٧ حادثة من حادثات السعال الديكي وقد وجدها (اكر) ٢٥ مرة بين ٤٧٦ حادثة وقد ذكر هسلر ان اختلاجات عامة شديدة شوهدت ١٤ مرة بين ٦٧ طفلا و ٨ مرات بين ٥٣ صبيا اصيبوا بالسعال الديكي في الوباء الاخير الذي حدث في (درسدن) . وهذه نسبة مئوية غير مألوفة ، فقد مات ١١ من الـ ٢٢ مريضا وكان ١٠ منهم مصابين بذات الرئة ايضا . ولم ينل الشفاء سوى ١١ مريضا ٥ منهم كانوا اطفالا و ٦ منهم كانوا صبيانا . ويعزي الدكتور هسلر النتائج الحسنة التي حصل عليها الى استعمال كلورور الاستروتنيوم الذى حقنه داخل العضلات مرة في كل يومين او ثلاثة ايام بمقدار $\frac{1}{2}$ الى ١ س م٣

في كل مرة . ومفعول الاسترنتيوم هو تقليل قابلية التخرش من حيث السموم بدون ان يؤثر في الدماغ تأثيرا رديئا . وتقوية القلب والوقاية من ذات الرئة الهيوستاتيكية وقد ختم الدكتور هسلر مقالة بعرض سبع حادثات موضحة بالتصاوير .

١٩ . الخراج الرئوي

نظرا لاقوال الدكتور بزانصون وزملائه (في مجلة الجمعية الطبية لمستشفيات باريس الصادرة في فبراير ١٩٢٧ ص ٩٢) ان الخراج الرئوي قلما ينشأ كانتان حاد عادي بل انه في الغالب يحدث تابعا لاعراض عمومية خطرة ومن النادر ان تندمل كهوف الخراجات وتنتقل الحالة عادة الى انتان مزمن تحت الحاد يتقطع سيره بفترات يحتبس فيها الصديد . وقد ذكر هؤلاء الاطباء حادثة رجل له من العمر ٢٤ سنة قد تكون فيه كهف مركزي وشفي هذا الكهف في خلال شهر والاعراض التي كانت تبدو عليه هي السعال والنفث والالم في الصدر وكان هناك تزايد في الاهتزازات الصوتية واصمية كانت تدرك فوق منتصف الرئة اليمنى وتمتد من الحافة الفقرية لعظم الكتف الى الخط الابطي الامامي وكانت الالغاط التنفسية معدومة وكان هناك عدد قليل من الخراخر تحت الفرقعية تسمع بعد السعال وكان يوجد ايضا الصوت القصبي (برونقوفوني) والتكلم الصدري اللاصوتي (Pectoriloquie Aphone) او الهمس الصدري (Whispering Pectoriloquy) وبالرغم عن قلة الاعراض التي كانت تدرك بالبحث الجسماني فان الحمى كانت ترتفع في الصباح الى ١٠١° بمقياس فهرنهايت وتبلغ في المساء درجة ١٠٣° وكان النبض سريعا ولم يكن هناك لا تزرق (سيانوز) ولا عسر في التنفس ولكن آلام المريض كانت تشتد من توالي السعال . وكان النفث مخاطيا صديديا ومخضبا بالدم . وكانت كميته كبيرة وليس فيه رائحة وكان مفعما بالبنوموكوك وقد اظهرت المعاينة بالاشعة وجود كهف مركزي مدور في الرئة اليمنى وكان شكل هذا الكهف يتبدل عند السعال وكان نصفه مملوءا بالسائل . وقد اصيب المريض قبل اثني عشر يوما بقشعريرة وبرداء اعقبتها الحمى والعرق وعسر التنفس والسعال والم شديد في منتصف الرئة اليمنى . وقد صلحت حالة المريض قليلا بعد اربعة ايام ومكثت الحمى تتراوح بين درجة ١٠٠٫٥° و ١٠١٫٤° . وقد صار النفث مخاطيا صديديا ومخضبا بالدم بعد عشرة ايام وزادت كميته وفقد المريض ٦ كيلوغرامات من وزن بدنه في خلال اثني عشر يوما . ثم هبطت الحمى تدريجيا وتلاشى الكهف بعد دخول المريض الى المستشفى بمدة ٢٥ يوما تاركا في محله ظل خفيف العتمة . وكان المريض في صحة تامة بعد ستة اشهر ولم يترك المرض فيه سوى خشونة خفيفة تسمع عند الشهيق .

والحادثة الثانية كانت مع صبي له من العمر ١٧ سنة كان قد باغته السعال والحمى والقيء والاسهال . ثم شفي وعاد الى شغله ولم يبق فيه سوى الضعف . وبعد ثلاثة اسابيع كان قد شعر بقشعريرة وصداع والم في قاعدة الرئة اليمنى وعرق غزير وعسر في التنفس وكانت فيه الحمى قد بلغت

نارى التي نحن في صددها الان – وفروة الرأس والظهر . وهي مجهزة بشبكة وعائية فقيرة وتتقرح في بعض الاحيان وهي عادة ملتصقة بالجلد الا انه من الممكن فصلها عن الانسجة المحيطة بها ولها قوام لحمي اوعجيني وتتكون في جميع الاعمار ولكن لم يعرف كونها حدثت بطريق الوراثة واكثر الحادثات تشاهد في الرجال من الطبقة المتأخرة في المعيشة وتسير الابتيليوما في النمو سيرا بطيئا ولا تتعدي علي الغدد ومع ذلك فقد يحصل النكس بعد حذفها ويتميز الورم نسجيا بتولد جديد وضخامة في الغدد الدهنية ويتميز عن النمو الخبيث بوضوح الحدود التي تفصل اسناخ الغدة وباوصاف الخلايا وانفصالها عن النسيج السالم والعلاج الجراحي هو افضل علاج لمداواة هذه الابتيليوما وهذا ماعمل في معالجة حادثة بتي نارى وكان قد اسفر عن النجاح

٢٢ . ميلانوما (ورم اسود) في اصبع القدم

قد ذكر « شوفنه Chauvenet » وزملاء له « في مجلة الجمع الجراحية الوطنية الافرنسية فبراير ١٩٢٧ » حادثة كرسينوماميلانيكية في اصبع القدم الصغير في رجل له من العمر ٤٨ سنة جاء للاستشفاء بسبب ورم متقرح فوق اصبع القدم قد نمي ببطء وكان خال من الالم ولما اجرى الفحص قرر ان يكون التشخيص ميلانوما واشير الى بترالاصبع عاليا وقد رفض المريض ذلك ولكن الاحوال قد اضطرته اخيرا الى قطع القدم في دسمبر ١٩٢٥ وقد اعقب العملية شفاء ظاهري لم يدم كثيرا بل انه عاد بعد مدة قليلة وهو يشكو من اوديما في الطرف الاسفل وحين في البطن وانصباب في البلورا وقد مات في فبراير ١٩٢٦ بسبب انتكاس المرض . والملانوما في فراش الاظفر قد ذكرت من قبل بوناتان هوجنصون في عام ١٨٥٦ وقد سماها اذ ذاك « بالداحس الميلانونيكي » وهذا الورم يوجد في الاطراف العليا اكثر منه في الاطراف السفلي وهو يتكون في بادى الامر من بقعة سوداء ربما خيلت للناظر كانها كدمة ثم يعتريها التقرح ويصبح الورم اسودا او احمرا والتقرح يدل علي سرعة تقدم المرض وفي هذه الحالة يكون الورم موجعا وتكبر العقدات في اى دور من ادوار نموه وربما كانت هذه العقدات اشد صبغا من الورم الاولي . وينتشر الورم بواسطة الاوعية اللنفاوية كما يحدث في الاورام الابتيليائية وبهذه الكيفية يتميز الورم عن السار كوما الذي ينتشر بواسطة الاوعية الدموية ويشاهد الورم في الاشخاص الذين قد بلغوا الخمسين من العمر ويصيب النساء اكثر من الرجال ويظهر ان الصدمات الجراحية من العوامل المهيئة للاصابة بالورم . وكان يعتبر هذا النمو (ساركوما) فيما سبق ولكن في الحقيقة انه منسوج من مواد كرسينومية وينشأ من الادمة

***

فن العلاج

Therapeutics

٢٣ . معالجة الحمرة باشعة ايكس

قد لاحظ الدكتور « بلاتو Platou » والدكتور « ريغلر — Rigler » « في مجلة الامراض الداخلية نوفمبر ١٩٢٦ » ان مرض الحمرة احسن مثال لتلك الامراض

التي يدل فيها تعدد العلاج وتنوعه علي عدم وجود طريقة ثابتة للمعالجة يركن اليها . ومن الواضح ان طريقة المعالجة التي يقال انها مؤثرة ومفيدة يجب ان تكون كذلك بصورة سريعة وبوجه معين . قد ذكر الطبيبين المذكورين ما اسفر عنه العلاج باشعة ايكس في ٢٥ حادثة . وكانت قد اعدت ١٨ حادثة لاجل المراقبة عولجت بالطريقة المألوفة في معالجة الحمرة وهي التضميد بكبريتيت المغنيسيوم المثلج والغليسرين . ثم اعطيت جرعة واحدة من اشعة ايكس وكان اغلب المرضي لم ينالوا من اى علاج آخر سوي المخدرات والمسكنات وقد اسفرت النتيجة عن شفاء عاجل حدث في التظاهرات الموضعية والعمومية معا . وهبطت الحرارة الى مستواها الطبيعي في خلال يوم او يومين، وكان معدل مدة المعالجة بالاشعة الي ان حصل الشفاء هو ثلاثة ايام بينما ان هذا المعدل في حادثات المراقبة كان لايقل عن تسعة ايام وكانت اربعة من هذه الحادثات قد انتهت بالموت في حين ان الحادثات التي عولجت بالاشعة لم يقع فيها الموت الا في حادثة واحدة وهي في مريض كان يشكو من التهاب الرئة والقصبات حدث علي اثر الحصبة وتضاعف بالحمرة ولم يشاهد من الاشعة اى تأثير سيئ علي الجلد والشعر .

٢٥ . نوكله ئينات الصوديوم في ذات الرئة

قد اشار الدكتور (Miller) في الرسالة الطبية الافريقية الجنوبية الى مقال للدكتور جاردنرميدوين نشر في الجريدة الطبية البريطانية كان قد ذكر فيه ان حقن نوكله ئينات الصوديوم يزيد في الدم عدد الخلايا الكثيرات النواة ويعلي قوة الدم الاوبصونيكية ويؤثر تأثيرا نافعا في امراض كالانفلوانزا وذات الرئة . وقد استعمل الدكتور ميلار تلك المادة في معالجة ١١٧ شخصا من سكنة افريقية الجنوبية كان ٨٧ منهم مصابين بذات الرئة الفصية و٣٠ منهم بذات الرئة والقصبات . وكانت النتيجة ان هبطت الحمي بشكل البحران في ٥١ مريضا من المصابين بذات الرئة وقد حدث البحران في ٢٤ من هؤلاء في اليوم الثاني وفي ٨ منهم في اليوم الثالث بعد حقن العلاج . وقد هبطت الحمى بشكل الليزيس في ١٦ مريض آخر وفي العشرين حادثة الباقية . كان العلاج قد فشل في ١٣ حادثة واما السبعة الباقون فقد توفوا .

وكانت النتيجة في ال ٣٠ حادثة من ذات الرئة والقصبات ان حدث البحران في ١٠ والليزيس في ١٠ منها واما العشرة الباقية فلم ينجح فيها العلاج وقد انتهي اربع منها بالموت .

يظهر من هذه الارقام ان معدل الموت بعد استعمال العلاج هو ٨ في المائة لذات الرئة الفصية و ١٣٫٣ في المائة لذات الرئة والقصبات .

ولقد وجد ميلران ٠٫١ من الغرام من نوكله ئينات الصوديوم اذا حقن داخل العضلات فهو يخفض الحرارة عادة في خلال ثماني واربعين ساعة واذا لم يحدث هذا الفعل فينبغي تكرار الحقن . وفي الحالات الخطرة عندما يظهر الاسطون في البول يعطي ثاني كربونات الصوديوم بمقدار غرامين مرة في كل اربع ساعات . قد شوهد عرق غزير

في بعض الحادثات بعد حقن العلاج بساعتين او ثلاث وقد حدث بحران كاذب في ست حادثات بعد الحقن باثنتي عشر اوستة عشر ساعة ٠

ويعتقد الدكتور ميلار ان هذا العلاج وان كان لم يزل محتاجا للبحث والتحقيق فانه الان خير مساعد على معالجة ذات الرئة بوجه السرعة

التخدير

٢٤ التخدير الشوكي في انسداد الامعاء

قد ناقش الدكتور دوفال (في مجلة الجمعية الوطنية الجراحية الافرنسية) حادثتين من حادثات الانسداد المعائي اخبر عنهما الطبيبان (شنوت Chenut) و (غنو Guenu) وكان في هاتين الحادثتين قد استعمل التخدير الشوكي فاسفر حالا عن تفريغ الامعاء ٠ وكان دوفال قد تمكن من جمع سلسلة من امثال تينك الحادثتين مابلغ الاثنين والعشرين حادثة ٠ ومما يظهر من التجارب ان التخدير الشوكي اشد انواع المعالجة تأثيرا في البعض من حادثات الانسداد المعائي وبالاخص في حادثات انسداد الامعاء الذي يقع بعد العملية ٠ وقد ثبت ايضا نجاح هذه الطريقة في انسداد الامعاء الميكانيكي ٠ وفي البعض من الحادثات كان تفريغ الامعاء يتم بوجه كامل يحصل معه الشفاء ومع ذلك فان هذا التدبير لايقصد به دائما شفاء الانسداد بل ان الشفاء متوقف على رفع السبب الذي ينبغي التصرف في رفعه بحسب الحالة الراهنة التي يكون فيها وغاية مايراد من استعمال هذا التخدير هو تخفيف الانسداد واذا خف الانسداد فأنه يحول حالة البطن من طور الى آخر وبذلك يتسنى استقصاء البطن تحت شرائط اكثر ملائمة فبدلا من ان تكون البطن متمددة قوية تكون مرتخية ولينة ٠ وكذلك فان الامعاء تكون متكمشة وبهذه الوسيلة يسهل العمل بها وطريقة التخدير هذه تؤثر في حالة الانذار فتغيره تماماً ولا تبقى حاجة الى التفمم المعائي لاسيما في الحادثات الناشئة عن كرسينوما الامعاء ٠ ويمكن تعليل طريقة تاثير هذه المعالجة بأن انسداد الامعاء يحصل عن تخرش في اعصابها المحيطية ينتقل تاثيره الى مركز في النخاع يقيد حركة الامعاء واما مفعول التخدير الشوكي فهو ابطال المؤثرات التي تقيد حركة الامعاء وبنتيجة ذلك تحصل في الامعاء حركة ذاتية ناشئة عن حرية العمل في الاعصاب المتخرشة وهذا مايطابق النتائج التي اسفر عنها الاختبار في البعض من الحيوانات

٢٥ ٠ التخدير في حالات الامراض القلبية

ذكر الدكتور (ديمليش Dinlich) في مجلة التخدير الصادرة في فبراير ١٩٢٧ — ان آفات القلب التي تكون معها المعاوضة في حالة جيدة ٠ لاتمنع استعمال النيتروس اوكسايد (Nitrous oxide) والاوكسيجين ٠ وان طريقة التخدير هذه تعطي افضل النتائج في المخاطر الجراحية القلبية او غيرها اذا كانت قد استعملت مع زرق كبريتات المغنيسيوم والمورفين والنوفوكائين الذي يجرى قبل العملية بنصف ساعة ٠ و يقاس الضغط الدموي بعد ثلاثة ارباع الساعة و يعمل زرق آخر مثله اذا اقتضت الحاجة وهذا ما يعادل ربع حبة من المورفين وهو

عادة يفي بالمطلوب الا اذا حكم بوجوب اعطاء جرعة اكبر و بهذه الوسيلة يشجع المريض على النوم و يساق في هذه الحالة الى غرفة العملية و يخدر بالنيتروس او كسايد والاوكسيجين و يكفي من هتين المادتين مقدار اقل من المقدار المعتاد وربما احتيج بعضا الى اعطاء شئ من الاتر ولكن هذا من الشواذ وان الاتر الذي تقتضي الضرورة الى استعماله هو قليل جدا بحيث لايورث اي ضرر كان

قد وجد الدكتور ديمليش ان دور التهيج ينعدم بهذه الطريقة و يكون خفيفا و ينام المريض نوما هادئا ولا ينتج عن هذا التخدير اي مفعول مضر وفوق ذلك فانه يقلل الالم الذي يحصل عادة عندما يعود المريض الى شعوره و يقل بذلك الاحتياج الى استعمال حقن المورفين لتسكين الالم ٠ ومن المهم جدا فحص القلب والضغط الدموي والكلى بوجه الدقة قبل اجراء العملية ٠

الامراض النسائية

٢٦ ٠ معالجة الاجهاض

ذكرت مجلة الجمعية الطبية لافريقة الجنوبية في عددها الصادر في يناير ١٩٢٧ ـ مقالا للدكتور ماكس ويل (Maxwell) قد دافع فيه عن فكرة تفريغ الرحم في حوادث السقط غير التام اذا لم تكن هناك حمي وقال ان هذه العملية بسيطة وامينة وتقي من اخطار النزيف الدموي والتعفن ٠ وبفضل استعمال اللاميناريا على موسع هيجار (Hegar's dilatator) لأن هذا الاخير ربما احدث اضراراً وخيمة وفضلا عن ذلك فأن اللاميناريا تحفظ طاهرة الى مدة غير محدودة في الكحول المطلق وتكون مهيئة للاستعمال ويمكن الحصول بها على تمدد تدريجي ثابت ومتجانس في عنق الرحم بدون ان تسبب تمزقاته ٠ وفائدة طريقة التوسيع هذه تظهر جليا في حوادث السقط التي تقع في الشهر الرابع ومن اجل فوائدها اعطاء المجال لاستقصاء الرحم بالاصبع ولاضرورة لاستعمال المجرف الا اذا كانت هناك قطعة من المشيمة قد التصقت قويا بحيث لايمكن رفعها بالاصبع ٠ وفي وجود الحمي كما في حوادث السابريميا او التسمم العفني فقد وجد تحسن سريع على اثر تفريغ الرحم تحت البنج ٠ وفي حالات التعفن الدموي الناشئ عن اصابة الجدر الرحمية او العنق او الزوائد المهبلية يشير ماكس ويل الى التوسيع والاستقصاء الاصبعي مع رفع المحتويات العفنة والغسل ويحذر من استعمال المجرف الذي يعده مهلكا اذا اجري بدون ضرورة تقضي باجرائه ٠

٢٧ ٠ المضاعفات الجينه كولوجية لالتهابات الزائدة الدودية

نشرت المجلة المركزية الجراحية الالمانية في عددها الصادر في فبراير ١٩٢٧ ـ مقالا للدكتور (سلهيم Sellheim) جاء فيه ان ليس من النادر انتشار الالتهابات من الزائدة الدودية الى متعلقات الرحم وحدوث حالة مرضية في تلك المتعلقات نحو التهاب بوق فاللوب في حين ان امراض المتعلقات الرحمية لاتنتقل الى الزائدة الدودية الا فيما قل وندر ٠ وقد ذكر الدكتور انه وجد في امرأة قبل عدة سنوات انتقال الالتهاب من الزائدة الدودية الى

الرباط الرحمي العجزي الايمن فاحدث فيه تثخنا التهابيا . وهذا الرباط في الحالة الاعتيادية يدرك بالفحص من المعى المستقيم وكانه حافة بارزة قليلا في كلا الجهتين من جيبي دوغلاس وهذان الرباطان على جانب عظيم من الاهمية السريرية اذ انهما يدلان على الالتهابات تنتاب الاعضاء التناسلية في النساء . و يزدادان ثخنا في التهابات الرحم الباطنة والتهابات المهبل او المثانة اوالشرج اوالبريطون . والالتهاب وان كان قد بدأ في الرباط الرحمي العجزي فانه ينتشر في اغلب الاحيان الى قاعدة الرباط العريض وربما وجد شيء قليل من الالتهاب فيما حول الرحم (بارامتريت) واخيرا قال الدكتور سيلهايم ان تجاربه لمدة عشرون سنة علمته ان الالتهاب الذي ينحصر في الرباط الرحمي العجزي الايمن هو من الادلة اليقينية على وجود التهاب الزائدة الدودية عندما يوثق من عدم وجود التهابات نفاسية او غونوروئيكية .

الشؤون

الجمعية الطبية البغدادية

لم تعقد جلسة نيسان بسبب غياب الدكتور ت . ب هيكز عن العاصمة وسفره الى الموصل بمهمة خاصة وكان موضوع المحاضرة التي عزم على القائها في الجلسة المذكورة « بعض ملاحظات حول قضية الملاريا » وهو موضوع فني اجتماعي مهم نرجو ان لاتحرم الجمعية الطبية البغدادية منه ولو في فرصة اخرى لان مشكلة الملاريا من اهم المشاكل التي اشغلت افكار العالم الطبي نظرا لما لها من التأثير المباشر في حيات الامة واقتصادياتها فجدير بالجمعية الطبية ان تتولى مناقشة هذه القضية الحيوية بين القضايا العديدة التي يدفعها الواجب الى البحث فيها كقضية الانكيلوستوميازيس والشيستوزوميازيس ولما كان الدكتور هيكز من ذوي الاختبار الواسع والعلم الغزير في مسائل الابيديميولوجي فاننا نأمل ان يستفيد اطباء العراق استفادة عظمى من خبرته في حل مشكلة الملاريا كما اننا نأمل من زملائنا الاطباء الافاضل ان يتحفوا الجمعية الطبية البغدادية بابحاثهم حول الانكيلوستوميازيس والشيستوزوميازيس لتتمكن الجمعية من الوصول الى نتيجة عملية تنقذ الاجيال الاتية على الاقل من هذه الادواء الوبيلة اذ اننا على يقين من ان جمعية الاطباء وعلى رأسها اعضاؤها العاملون تستطيع بمعاضدة مصلحة الصحة من حل مشاكل صحية خطيرة لو ارادت ان تعمل .

سفر الدكتور دانلوب

سافر الدكتور دانلوب الى انكلتره لقضاء عطلته مستصحبا عقيلته الفاضلة . وكان سفره في ٢٤ نيسان ١٩٢٧ فالمجلة الطبية البغدادية تقدم له عظيم الشكر على خدماته لها في تحرير المقالات العديدة المفيدة وترى من واجبها ان تسوق له اطيب الثناء على سعيه الحثيث في تشييد اركان العلم ولاسيما في احياء شعبة الامراض الداخلية فتتمنى له طيب الاقامة اينما حل ونتشوق الى عودته متمتعا بالصحة التامة .

عودة البعثة الطبية

عاد الدكتور صائب بك شوكت والدكتور توفيق بك رشدي من انكلترة بعد ان بقيا هناك مدة ستة اشهر يشتغلان في مستشفي (جرينغ كروس) ثم في مستشفي (غايس) وقد اشتغل الدكتور صائب في شعبة الامراض الخارجية فشاهد العمليات الجراحية الحديثة وتتبع طرائق التخدير الجديدة وطاف في معظم مستشفيات لندن للوقوف على نظامها ومؤسساتها و ترتيبها ورجع الى بلاده حافل الوطاب بما شاهده واختبره ولم يترك الفرصة تمر سدى بل انه توغل حتى في مؤسسات الاطفال ومركز رعاية الطفل والعناية به وجلب معه كل ما يفيد بلاده من نشرات و كتب ورسائل تعود الى مشروع الاطفال . وقد بدأ في اعماله بكل شوق وحرارة فنحن واثقون من ان كثير من المشاريع التى وضعها بيده ومنها هذه المجلة سوف تنتعش على يده وتنمو وتثمر

واما الدكتور توفيق رشدي فهو متولع في الاصل بالامراض الداخلية وله اتعاب سابقة في هذه الشعبة وقد عاد في انكلتره فدخل في قسم الامراض الداخلية واحيا معلوماته القديمة واضاف اليها اشياء كثيرة وعند رجوعه الى المستشفى الملكي انحاز الى اجنحة الامراض الداخلية ونظرا الى زكائه المفرط وتولعه الشديد بهذه الشعبة فاننا نأمل ان يكون عضوا عاملا في رقي المستشفى ويدا نشيطة في مشاريع المستقبل .

وخلاصة القول ان مصلحة الصحة قد احسنت كثيرا بارسالها هذه البعثة الطبية الاولى التي برهنت على كفاءة في العمل ونأمل ان تثابر على سعيها من هذه الجهة بنطاق اوسع .



KRUSCHON SALT



اذا لاحظت ان البثور العصيرة في وجهك وفي بدنك لاتزول او تنشف بسهولة فذلك علامة لوجود بعض المواد الفاسدة في دمك واذا كان الجرح في بدنك لايندمل بسرعة او كانت فيه قروح او دمامل فتأكد أن في دمك كثير من المكروبات المضرة وان دمك يتسمم بوجودها وتكون العاقبة مرة

لافائدة من مداواة هذه الامراض بالدهون والمراهم اذ انها لاتستطيع ان تنقي الدم من هذه السموم

فتش عن اصل السبب نقي دمك فتخلص من جميع هذه العوارض المضرة

يمكنك ان تنق دمك بأخذ مقدار قليل من (كروشن صولت) يومياً يباع (كروشن صولت) في جميع الصيدليات

الوكيل الوحيد للعراق : انور داود فتو اسارع العام ٣٤٠ بغداد

ان (كروشن صولت) مفيد جدا للأمراض الآتية :—

مرض الكلى	الامراض الجلدية
« الكبد	امراض الحوامض البولية وغيرها
« العليل	القبض

تركيب كروشن صولت

Sulphat de Soupe
« « Magnesie
« « potass
Iodure «potass
Chloru e de sodium
« potass
Acid Citripue



الى الاطباء المحترمين

يوجد لدينا انوع المصول والفاكسينات والادوية التي وردت حديثا من اشهر المعاهد وهي طرية جديدة تدرج انواعها فيما يلي :

المصولات والفاكسينات

Serum antidiphtheripue   Hoechst
— antidysenterique   —
— antipesteux   —
— antistreptococcipue   —
Vaccin antigonococcipue   Merck
Gonargin   Hoechst

الادوية

١) الرومروز : Rhumrose علاج للرشح الدموي الدماغي والنزلة البلعومية

(٢) كابسولات السكريو زوت : هي من معمل بارك . ديفيس تحتوي على الكريو زوت واستركنين وزيت الحوت وكبريتات الاسبارتئين . تستعمل لأجل القوة

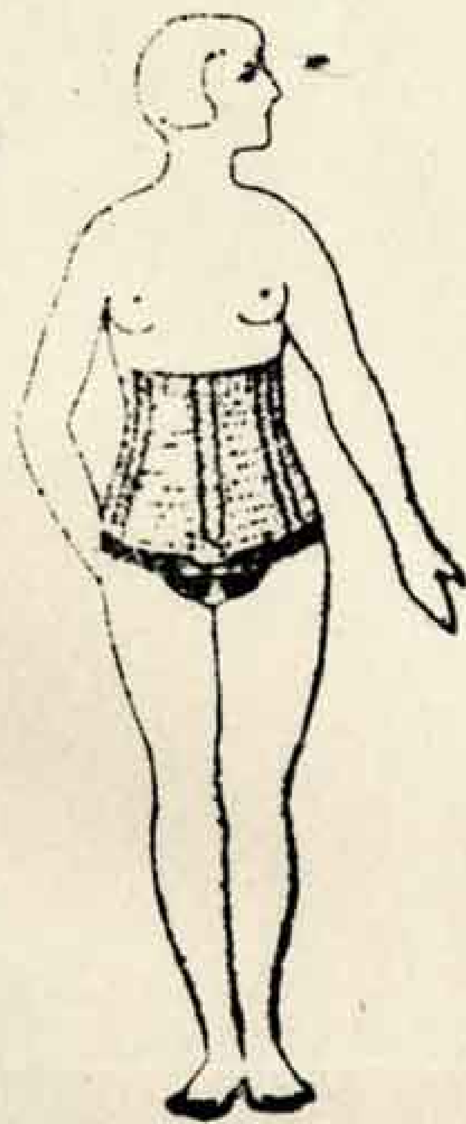
المستحضرات

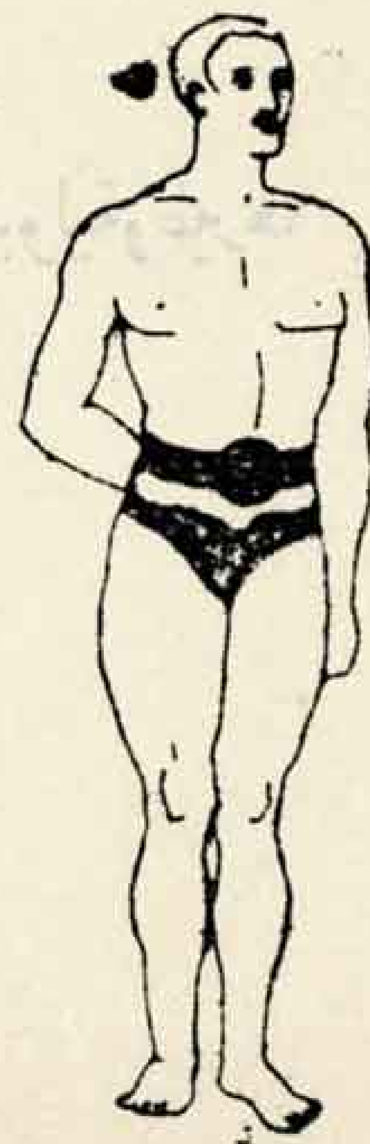
(٣) كلاج الجينوبو زين Gynopausine : يستعمل في عدم كفاءة المبيض وعسر الطمث . كلاجتين في اليـــوم

وتوجد آمبولات السكوبولامين والبيلوكاربين .

صيدلية العراق * بغداد

حزام للفتق





الفتق آفة لا علاج لها الا العملية اذا بلغت ادوارها الاخيرة التي يخشى فيها من حدوث انسداد الامعاء وغيره من المضاعفات ولكن الفتق اذا كان صغيرا وكانت احوال المريض لا تساعد على اجراء العملية فاحسن علاج له استعمال الحزام والحزام الصحي الجيد هو الذي تتوفر فيه اسباب الراحة وهذا ما امتازت به الحزم التي لدينا فيوجد عندنا من هذه الحزم ما يصلح لجميع انواع الفتق وتوجد ايضا حزم للبطن باسعار رخيصة

صيدلية العراق . في الشارع العام امام سانترال سينما

المجلة الطبية البغدادية

THE BAGHDAD MEDICAL REVIEW

مجلة الجمعية الطبية البغدادية

مديرها
الدكتور صائب شوكت

رئيس تحريرها
الدكتور هاشم الوتري

السنة ٣
العدد ١

تموز سنة ١٩٢٧
محرم سنة ١٣٤٦

الاشتراك السنوي ٥ ربيات
ثمن النسخة ١٢ انة

المراجعة في جميع ما يخص المجلة تكون باسم الدكتور صائب شوكت في المستشفى الملكي في بغداد

بغداد * مطبعة العراق

محتويات العدد الاول

من السنة الثالثة

المجلة الطبية في عامها الثالث

المقالات الاساسية

الدكتور صائب شوكت	التهاب العقدات المغبنية الاقليمية ص ٢
« عبد الرحمن المقيد	اصابات التراخوما ص ٦
« وودمن	تصوير الحوض الكاوى ص ٩
« هاشم الوترى	الاورام البطنية وتشخيصها ص ١٢

تاريخ الطب :

الدكتور صائب شوكت	تعم هيبو قراط ص ٢٢

المقتبسات

الكوليرا او الهيضة

اقوال الجرائد والمجلات الطبية الاجنبية ص ٣٨

المشاهدات الطبية ص ٤١

الاكياس الديدانية ص ٤١ — نموذج من الطب العامي ص ٤٥

المجلة الطبية البغدادية

THE BAGHDAD MEDICAL REVIEW

العدد الاول | السنة الثالثة | تموز سنة ١٩٢٧

المقالات الاساسية

المجلة الطبية في عامها الثالث

تدخل المجلة الطبية البغدادية بهذا العدد في عامها الثالث ونعتقد انها قد اجتازت العراقيل المألوفة التي تحتق عادة كل مشروع وهو في مهده ونحن نعترف ان المجلة لم تزل فى دور الطفولة ولم يسلم اي مشروع في العالم من الزلل والخطيئات في بدء نشأته وهذه المجلات في العالم المتمدين لم تخلق بغتة بل اتبعت سنة النشوء والارتقاء وتدرجت في سلم الترقي رويداً رويداً الى ان بلغت المنزلة التي هي فيها الان واذا اعتبرنا الظروف والاحوال التي نشأت فيها هذه المجلة والصعوبات التي قامت في سبيلها منذ نشأتها جاز لنا ان نعد استمرار ظهورها في عالم الوجود موفقية عظمى للجمعية الطبية البغدادية .

وهناك اعتبارات اخرى تبعث فى نفوسنا روح النشاط الى الاقدام فى العمل وتبشرنا بقرب الزمن الذى تدخل فيه هذه المجلة فى طورها الراقي الجديد الذي يخولها حق الانتظام في سلسلة المجلات الطبية الراقية وهي اننا وجدنا من جمهور الاطباء فى العراق اهتماماً زائداً فيما تتناوله المجلة من المواضيع وما نطرقه من الابحاث وقد دبت فيهم حركة مباركة لمعاضدة هذا المشروع نأمل ان تزداد نمواً فى هذه السنه فنحن نشكرهم على عنايتهم هذه بصورة عامة ونخص منهم بالشكر من عاضدونا فعلاً فى تحرير المقالات . ومع ذلك فان الضرورة تقضي بالسير حثيثاً ولما كانت هذه المجلة هي الصلة الوحيدة بين المطبوعات الطبية الغربية واللغة العربية

في هذه البلاد فقد وجب حتما تقوية هذه الرابطة الادبية الطب في العراق بمعزل عن الحركة العلمية التي تتأجج نارها في البلاد الراقية على ممر الايام . وربما كانت في غير هذا القطر من الاقطار العربية مجلات طبية تقوم بنفس الغرض او ربما كان هناك كثير من زملائنا المحترمين الذين يقرأون المجلات الاوربية ويطلعون عليها مباشرة ولكن هذا لا يكفي لمثل هذا القطر الذي يوجد فيه من الامراض ما تكاد تكون خاصة به وتحتاج الى درس متواصل يقوم به اطباؤه . ومن هذا يتضح ان تقدم هذه المجلة منوط بالمساعي التي يبذلها اطباء هذه البلاد وليس ببعيد ان نتحقق امانينا يوما فنشاهد هذه المجلة تسد حقيقة ما يحتاج اليه جمهور الاطباء في العراق .

التهاب العقدات المغبنية الاقليمية

Climatic Bubo

الدكتور صائب شوكت

احرر مقالي هذا بناء على مشاهدة ثماني عشرة وقعة شاهدتها ودرستها واجريت عمليتها في المستشفى الملكي في بغداد منذ خمس سنوات .

اول وقعة شاهدتها كانت في سنة ١٩٢٣ وهي ان شخصين قرويين من اهل نجد ارسلا من دائرة ضيوف جلالة الملك المعظم وكلاهما كان مصابا بانتفاخ العقد اللنفاوية المغبنية والفخذية . وكانت قصة المرض متشابهة في كليهما حيث انهما اصيبا بحمى وانتفاخ ادى الى حصول بضعة نواصير قيحية في الناحية المغبنية وناحية مثلث سقاربا من الفخذ . ففحصتهما فحصا دقيقا ولم اجد فيهما عرض التدرن او داء الافرنج وكان تعامل واسسرمان سلبيا .

كان احد المريضين في الثلاثين والاخر في الخمسين من العمر . وكلاهما شاحب اللون ضعيف البنية كما هو واقع عند عرب البادية ولقد حصلت لدي شبهة آنئذ في تشخيص المرض اذ كان يشبه تدرن العقدات اللنفاوية لعدم وجود عرض اخر للتدرن في جسمي المريضين ولعدم مشابهة حالة العقدات مع حالة العقدات المتدرنة كما ساذكره بالتفصيل بعدئذ . ولقد تكررت هذه الحوادث بعد ذلك فبدأت بضبطها وتدقيقها وقد راجعت الكتب الطبية فلم اجد اشارة الى مرض حائز لهذه الاوصاف ولكن تمكنت من تدقيق بعض النشرات والمؤلفات الطبية من العثور على مشاهدات عديدة ووصف خاص للمرض .

كل طبيب اشتغل بمعالجة عرب البادية خاصة لابد من انه شاهد هذا المرض . ولذلك اني سوف اعرض مشاهداتي الخاصة مع ما قدرت ان اجمعه من النشرات الطبية .

من الثماني عشرة وقعة التي شاهدتها كان احدى عشرة منها قد عثرت عليها في عرب الباديه (نجد والحجاز وشمر) واربع في عرب الفرات وثلاث في سائر انحاء العراق

تاريخ المرض

كان بونارد Bonard وروبر Ruber سنة ١٨٧٩ اول من فرق التهاب العقد المغبنية الاقليمية من ضخامة تلك العقدات والتهاباتها التي تحصل من بعض الامراض كداء الافرنج والتدرن والالتهاب القيحي البسيط وادعيا انه يحصل من الحمى المرزغية (الملاريا) ثم لاحظه سيمسون Simpson في الهند وشاهد روجه Ruge منه اصابات عديدة في باخرة حربية جرمنية كانت قد رست مدة في زنكبار .

ومن بعد ما انتشرت هذه الملاحظات في المجلات والنشرات الطبية تواردت التقارير الطبية التي تنبئ بوجوده في جميع البلاد الحارة . ولقد لاحظه في اوربا كل من (شاسنياك Chassingnac) ومن ثم (نلاتون Nelaton) وتلميذه (هاردي Hardy) وهذان الاخيران وصفا شكله السريري وبينا اوصافه الاساسية التي تتميز عن تدرن العقدات المغبنيه . وفي سنة ١٩١٣ اثبت كل من دوراند Durand ونيقولاس Nicolas وجود هذا المرض في باريس وسمياه بالتهاب الغدد اللنفاوية المغبنية inguinal Limphogranulomatosis ثم وصف دستفاتو Destetato اثنتي عشرة وقعه من هذا المرض في بونوس ايريس في امريكا . وفي سنة ١٩٢٢ بحث عنه بلارد Bellard في ونزوئللا من امريكا الجنوبية

الشكل السريري

ان التهاب العقد المغبنية الاقليمية مرض منتشر في البلاد الحارة ولكن قلة المشاهدات الطبية ناشئة عن التباس المرض بتدرن العقدات المغبنية . وخصوصية المرض هي انتفاخ في عدة عقدات لنفاوية من الناحية المغبنية . وحصول خراجات عديدة ، صغيرة ، منتشرة في نسيج العقدة اللنفاوية المتضخمة ويحصل كذلك التهاب في محيط الغدد Peryadenitis مع حصول نواصير قيحية عديدة . واما الاحوال العمومية فتبقى سالمة ماعدا الحرارة الخفيفة فيها .

يحصل التهاب العقدات المغبنية الاقليمية في اغلب الاحوال بطرف واحد ولكن من الممكن ان يتكون في الطرفين بنسبة ٢٠ في المائة

التشريح المرضي

يبدأ المرض باحتقان وتضخم في العقدات اللنفاوية فاذا فحص مقطع تلك العقدة يشاهد احتقان ونقاط نزفية ثم بقع صغيرة رمادية اللون مكونة من ترشح الخلايا اللنفاوية وهذه البقع تشكل الدور الاول للخراجات . ومن هذه الادوار الاولية تحصل التصاقات بين العقدات المجاورة . تلك هي صفة اساسية مهمة تميزه عن التهاب العقدات الدرنية ففي التهاب العقدات المغبنية الاقليمية يصعب تفريق العقدات عن بعضها ولو في بدء المرض . وفي العمليات الجراحية تخرج العقدات الملتهبة ككتلة واحدة ملتصقة التصاقا شديدا واما في تدرن العقدات فمن الممكن تفريق العقدات عن بعضها بسهولة خاصة قبل حصول التقيح . وعندما يتقدم المرض يزداد التهاب محيط العقدات Peryadenitis فتحصل التصاقات شديدة بين العقدات والانسجة المجاورة لها وبهذا الدور يزداد حجم العقدات بمرات عديدة عن

الحجم الطبيعي ويتكون فى نسجها وعلى سطحها خراجات عديدة بحجم العدسة او اصغر منها وتحتوي هذه الخراجات على قيح ثخين اخضر اللون وتتشكل جدرانها من النسج البارانكيماوي للعقدات فتلتصق العقدات مع بعضها ومع الانسجة المجاورة بصورة شديدة حيث اصبح جميع العقدات المغبنية والفخذية كتلة واحدة ٠ ويصعب تفريقها من الانسجة المجاورة المهمة كالشريان والوريد والاعصاب الفخذية وكثيرا ماينقطع الوريد الصافن اثناء العمليات الجراحية ٠

اذا قطعت كتلة العقدات الملتهبة يشاهد فيها خراجات عديدة ملأى بالقيح وتشترك هذه الخراجات مع بعضها بواسطة انابيب رقيقة ومن هنالك تشترك مع النواصير المفتوحة فى سطح الجلد ٠ واما النسيج البارانكيماوى الذى يحيط الخراج فيحصل فيه استحالة وتزيف حيث يصبح رخو القوام سريع التفتت ٠ واما الفحص المجهري فيظهر التحولات الاتية : احتقان وترشحات حجروية في النسيج البارنكيماوي للعقدات وبكثر وجود خلايا Plazmazellen البلاسماتسلان ٠ ومن النادر وجود خلايا جبارة geant cell ٠ ويشاهد التهاب الاوعية الدموية الداخلي enda-rtritis وسدادة دموية ثم انشقاق الاوعية ونزوف في بارانكيما العقد اللنفاوية ٠

اسباب المرض

كثير من المؤلفين كانوا يعزون حصول التهاب العقد المغبنية الاقليمية الي بعض الامراض الانتانية كالملاريا وداء الافرنج والطاعون والتدرن وبعض الانتانات المعدية المعائية ولكن ظهر من التدقيقات الاخيرة ان لادخل لجميع هذه الامراض في حصول التهاب العقدات الدرنية الاقليمية ٠ ولكن لم يتمكن احد من كشف السبب الاصلي للمرض ٠ كشف بعض المؤلفين فى جوار الخراجات وفى الخلايا الابيتليائية بعض الاجسام الغريبة الشكل سموها (الاجسام القروماتينية) Cromatic bodies فالبعض منهم يظن ان هذه الاجسام هي طفيليات تولد المرض ولكن الفحص المجهرى وزرع القيح اظهر عدم وجود الجراثيم المرضية فى الخراجات وفي النسيج الملتهب ٠ واما التلقيح في الحيوانات فيمكن ان يولد المرض في بعض انواع القرود فقط ٠ واحسن طريقة للتلقيح هو قضيب القرد ٠ حيث يظهر انتفاخ في العقد اللنفاوية المغبنية بعد مرور ٢٠ ـ ٣٠ يوما ٠ ولكن لا يحصل تقيح ويزول الانتفاخ بعد مرور ٣ — ٤ اشهر ٠

اعراض المرض

يبدأ المرض بانتفاخ في الناحية المغبنية وفى اغلب الحالات يبقي هذا كمرض وحيد لمدة طويلة ٠ ولكن يعقب ذلك الانتفاخ ترفع قليل في الحرارة فيحصل احمرار فى الناحية المغبنية وتصبح العقدات الملتهبة موجعة بالمشي واما فى حالة السكون فيزول الالم ٠ وفى الاحوال الاعتيادية تزول الحرارة بعد بضعة ايام ٠

العقدات الملتهبة لها قوام صلب كالخشب وهي ملتصقة بالانسجة المجاورة التصاقا شديدا ٠ وهذه العقدات الملتهبة تشمل الناحية المغبنية والناحية الفخذية وفي بعض الاحيان تسري الي الناحية الحرقفية ٠ ولكن العقدات الحرقفية لاتصل الي دور التقيح بل تنتفخ فقط ٠

يمكن تحريك الجلد فوق العقدات الملتهبة في الدور

الاول ولكن بعد تقدم المرض تلتصق العقدات بالجلد وحينئذ يمكننا ان نحكم بحدوث التقيح فاذا جست العقدات فى ذلك الدور يمكن كشف تلين وتموج في وسط كتلة متصلبة ثخينة ٠ وبعد مرور بضعة ايام على هذه الحالة ينثقب الجلد ويخرج منه القيح فيتكون هناك ناصور قيحى ٠ وبمرور الايام وتقدم المرض تتكون نواصير جديدة ويخرج من كل ناصور بضع قطرات من قيح ثخين ٠ ولكن لا تتحد تلك الخراجات الصغيرة ابدا كما في التهاب العقدات الدرنية ٠

من الممكن زوال التهاب العقدات المغبنية الاقليمية بعد مرور اشهر عديدة ولكن في الاحوال الاعتيادية لايزول من تلقاء نفسه بل يكون عدة نواصير وبسبب تقيحها والتهابها والتصاقات واسعة ٠

من خواص الناصور القيحي لالتهاب العقدات الاقليمية هو عدم تغير الجلد الذى يحيط بالناصور ومحافظة على الشكل واللون الطبيعي ٠ واما مقدار القيح الذي يظهر من النواصير فهو قليل للغاية ولا يتجاوز بضع قطرات فى ٢٤ ساعة وتستمر هذه الحالة لمدة بضعة اشهر اوعدة سنين يزاول المريض اعماله فى اثنائها ولايشعر سوي بضعف قليل وهبوط في قواه العمومية

تشخيص المرض

يصعب تشخيص المرض في البلاد التي يندر فيها وجوده وذلك لقلة مشاهدة الاطباء له ولالتباسه خاصة بتدرن العقدات اللنفاوية المغبنية ولكن يوجد فرق عظيم بين تدرن العقدات اللنفاوية المغبنية والتهاب العقدات الاقليمية يختلف حسب دور المرض ٠ ففى الدور الاولي اي قبل حصول التقيح والتلين تكون العقدات المتدرنة مستقلة عن بعضها وغير ملتصقة بالانسجة العميقة حيث يمكن تحريكها بسهولة واما فى التهاب العقدات المغبنية الاقليمية فتكون العقدات مشتبكة ببعضها وملتصقة بالانسجة المجاورة التصاقا شديدا بحيث يصعب تحريكها ٠ واما فى دور التقيح فيكتسب الجلد الذى يحيط بالنواصير اوصافا خاصة بالتدرن حيث يكون الجلد ذا لون سنجابي ويصبح رقيقا للغاية ٠ واما في الالتهاب الاقليمي فلا يتغير اوصاف الجلد واما النواصير ففي التدرن تكون قليلة العدد كبيرة الحجم يخرج منها قيح اوجبن ابيض واما في الالتهاب الاقليمي فالنواصير كثيرة العدد رقيقة الحجم ويخرج منها قيح سنجابي اللون قليلة المقدار بحيث لايتجاوز البضع قطرات فى ٢٤ ساعة واما الاحوال العمومية ففي التدرن لها شكلها الخاص ويمكن كشف محاريق درنيـة في سائر الاعضاء واما في الالتهاب الاقليمي فلا تتغير حالة المريض العمومية كثيرا

من السهل تفريق التهاب العقد المغبنية الاقليمي عن ضخامة العقدات المغبنية التي تحصل من الامراض الاخرى كداء الافرنج والقرحة اللينة والطاعون مثلا ومن الاوصاف الخاصة بضخامة وتقيح العقدات المغبنية في الالتهاب الاقليمي ولوجود اعراض موضعية وعمومية اساسية في الامراض الاخرى كشعاع واسرمان والقرحة فى داء الافرنج والقروح الخاصة في القرحة اللينة والاعراض العمومية الشديدة فى الطاعون ٠٠

الانذار

الانذار سليم نظرا لحياة المريض ولكن يندر حصول الشفاء الذاتي و يمكن حصول الشفاء باستيصال العقدات الملتهبة فقط

المعالجة

يدعي (راووث Ravaut) بانه استفاد من استعمال محلول لوغول مع الاميتن وامانه‌مبلى Emily فاستعمل مخلوط اليودفورم وقسيلول وزيت البارفين والبعض يوصون باستعمال اشعة (X) . ولكن في الحقيقة لاتنجح من جميع الوسائط والادوية سوى العمليات الاساسية . فلا يكفى فتح الخراج وجرف جدرانه فقط . والطريقة هذه ليست مثمرة والعمليات التي يجب اجراؤها هي استئصال العقد الملتهبة باجمعها Peradenectomy يمكن اجراء العملية في الدور الاولى بالخدر الموضعي فقط ولكن بعد التقيح لايكفي ذلك و يجب استعمال الحذر العمومى بسبب صعوبة العمليـة الناشئة عن الالتصاقات . يجب سلخ العقد من الانسجة العميقة بدقة واعتناء عظيمين لان في اكثر الحالات تكون العقدات ملتصقة بالاوعية الفخذية التصاقا شديداو بعد استئصال العقدات وخياطة الجلد يجب وضع انبوب لتفجير الافرازات اللنفاوية التي يكثر حصولها بعد العملية

و يجب الاعتناء باستئصال العقدات الملتهبة باجمعها فترك قطعة صغيرة يكفي الى بقاء المرض واستمرار السيلان القيحي

اصابات التراخوما

بالنظر الى احصاء مرضى المستشفى الملكي في بغداد لسنة ١٩٢٦

الدكتور عبد الرحمن المقيد

ان مجموع المرضى الذين دخلوا في جميع فروع المستشفى في عام ١٩٢٦ كان (٣٩٦٢٧) وان المصابين بامراض العيون كانوا (١٠٠١٦) مريضا . وهذا ما يربو على الربع من جميع المرضى . هذا فضلا عن المرضى القديمين الذين يعالجون يوميا بتذاكرهم القديمة و يبلغ عددهم (٧١٧١٥) مريضا . وهم يراجعون دائرتى الامراض العينية والزهرية فقط . واما دائرة العيادة الخارجية فليس عندها مرضى من هذا القبيل ، بل هي تعالج الذين يحملون تذاكر جديدة وقد درجنا مجموع الذين يراجعونها في ضمن المجموع العام الانف الذكر

ومن مجموع مرضى العيون الجدد كان (٦٦٢٩) مريضا مصابا بمرض التراخوم . وهو ما يعادل نسبة (٢ ر ٦٦) في المـائة من المرضى . وكان من المصابين بالتراخوم (٨٦٧) مريضا قد التجاوا الينا وهم في دور المرض الحاد

واما ما بقي وهو (٥٧٦٢) مريضا اي (٨٦) في المائة فكانوا قد راجعوناوهم في الدور المزمن . وهذا التفاوت والبون الشاسع بين العددين ليس ناشئا عن كون الاشكال المزمنة للتراخوم هي بطبيعة الحال و بصورة عمومية اكثر حدوثا من الاشكال الحادة فحسب بل ان السبب الاصلى المهم هو اهمال اغلب المرضى وعدم مسارعتهم في استشارة الطبيب وهم في الدور الحاد ومراجعتهم في ادوار المرض المتاخرة لاجل تطبيب ومعالجة عواقب وتخريبات ما انتجه المرض والرمد في عيونهم ليس الا .

واما العمى بين مجموع مرضى العيون السنوى فقد وجد منه (٥٢١) اصابة بالعمى الجزئي (وهو الذى تناقص فيه البصر لحد الاستطاعة على عد الاصابع من مسافة متر واحد فقط ، والذى يضطر صاحبه للاتكاء بالعصا او العكاز عند المشى) ، و (١٦٦) اصابـة بالعمى الكلي (وهو الذي تضاءل البصر فيه لحد الاستطاعة على عدا الاصابع من بعد ربع مترة فقط ، والذي يضطر صاحبـه للاستعانة بغيره عند المشى والمسير) و يبلغ مجموع النوعين (٩٨٨) . وتكون النسبة بالنظر لعموم مرضى العيون (٩ر٨٨) في المائة . ومن مجموع العمى (٦٨٧) اصابة اى (٥٤ ر ٦٩) في المائة من العميان اى اكثر من الثلثين عائد لمرض التراخوم، والبقية اي (٣٠١) يخص المرضى الذين هم غير مصابين بالتراخوم ، و تكون النسبة اقل من الثلث وموافقة الى (٤ر٣٠) بالمائة . ومعظم هؤلاء عائدون للغلوقوم ، وللساد الشيخوخي . ثم كثير من المصابين بالغلوقوم كانوا قد راجعونا في ادوار المرض المترقية زاعمين بانهم مصابون بالساد (الماء الابيض) ، ومنتظرين ان يقل نظرهم لدرجة عـد الاصابع من قرب انوفهم (كما هي القاعدة في الساد الشيخوخي) ومؤملين رجوع بصرهم على ما كان عليه سابقا باجراء العملية المخصوصة .

والسبب لذلك هو لانهم لم يراجعوا طبيبا اخصائيا في العيون لتشخيص مرضهم وتحقيق ما اذا كانوا مصابين بمرض الغلوقوم او بمرض الساد الشيخوخي ، وهذه مسئلة في غاية من الاهمية والخطورة حيث في الاول يجب المداخلة باسرع ما يمكن لتوقيف سير وتقدم المرض ، ولمنع تخريباته واضراره على العين والبصر . واما في الثاني فبالعكس يلزم التريث والتأمل لحين تكامل الساد وتصلب جميع اقسام الجسم البللوري ، ليسهل اخراجه بالتمام ، بدون ان يترك بقايا يصعب ويتعسر خروجها ، وتنقلب وتتحول الى الساد التالي

اذاً لو ازيل السبب الانف الذكر وهو عدم تشخيص الغلوقوم لكان من المحقق ان ينخفض عدد العمى الناتج من الغلوقوم بكثير عن ما هو الان . واذا اعتبرنا ان الساد الشيخوخي يشفى بالعملية وطرحناه من ضمن العميان لاصبحت نسبة العميان العائدة لغير التراخوم زهيدة وقليلة جداً بدل ان كانت بنسبة (٤ر٣٠) بالمائة .

واذا دققنا وامعنا النظر في هذا الاحصاء السنوي لوجدنا ان المرضى معظمهم والعميان جلهم عائدون لمرض التراخوم . ومما هو جدير بالحمد وجالب الفرح والسرور ان ابناء شعبنا فيهم اصابات قليلة للغاية من امراض طبقات المقلة الداخلية (كالتهابات القزحية والهدبية والمشيمية

والشبكية والعصب البصري) ، والناشئة في الغالب من الامراض الزهرية والمشروبات الكحولية • وذلك بعكس الاقطار الاوروبية التي يكون اكثر عميانها مصابون امراض من ذلك النوع ، بسبب توغل وانغماس اهاليها في الفحش والترف ، واتخاذهم المشروبات والمكيفات الكحولية كغذاء جسمي وروحي وعدم اياهامن وسائل وضروريات المدنية والاجتماع والمجالسة والمعاشرة •

اذا يكون وباؤنا الوبيل الوحيد هو مرض التراخوم وما ينتجه من عواقب العمى المحزنة وفقدان البصر الاليم • وهذا ماساقنا في دائره امراض العيون في المشتشفي الملكى ان نوجه جل مساعينا في مكافحة هذا الداء الوبيل بجميع الوسائل التي تتيسر لدينا ومن تلك الوسائل اننا نعالج يوميا مئات المصابين بالتراخوم المتجمهرين حول ابواب دائرتنا ونزودهم بما يحتاجون من الارشادات الصحية التي تحول دون الاصابة بالمرض وتخفف من وطأته بعد الاصابة وها انا ادرج فيما يلي النصائح الطبية التي نلقنها للمرضي والتي ينبغي التمسك بها والعمل بموجبها صيانة للعين من شر التراخوم ليطلع عليها قراء المجلة من زملائنا الكرام ومن قراء المجلة الطبية عامة •

وصايا وتعليمات للمصابين بامراض العيون

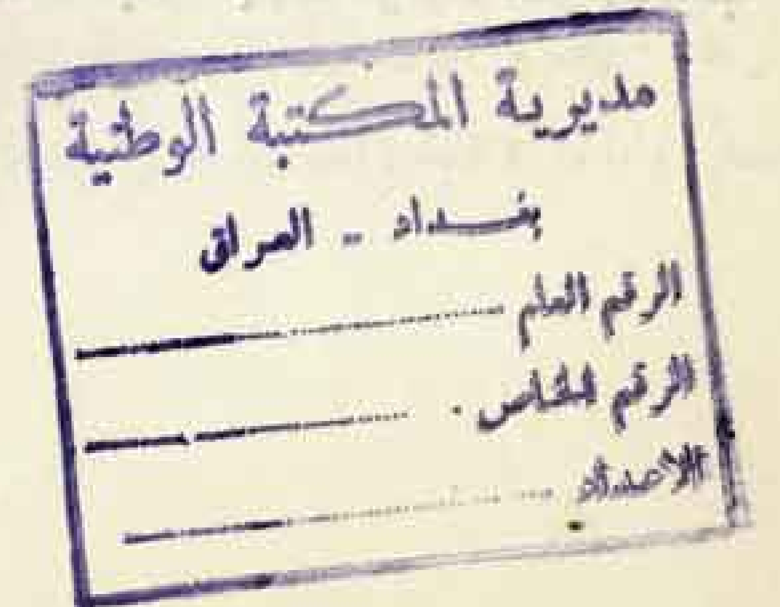
١ — لاتخرجوا او تعرضوا انفسكم للهواء والشمس والغبار والدخان قاطبة • فهي من العوامل التي تهيج وتشدد مرض العين ويجب على كل منكم ان يلازم غرفته • واذا دعت الحاجة الي الظهور خارج المنزل فيجب ان تضعوا عوينات ملونة على اعينكم •

٢ — اغسلوا عيونكم وطهروها (بماء البور يك والقطن) دائما وكلما تولد فيها قذى وقيح (فالقذى والقيح) يخربان ويذيبان العين كما تذيب النار الشحم • والمضمدون في (دائرة العيون) يعلمون من يشاء كيفية الغسل •

٣ — ليتعهدوا ليتكفيل الكفاءة والنباهة من المنتسبين للمريض غسل عيونه وتمريضها بدلا من ان يقوم بذلك هو بنفسه اذانه لا يقوى علي ذلك • وليحترز كل من يخالط المريض من تلويث يديه بالقيح والافرازات الموجودة في عينيه او في الاشياء العائدة له والتي مسها ولمسها • واذا حصل التلوث اضطرارا ام سهوا فليزيله في حينه عاجلا بواسطة الغسل بالماء والصابون • والافأنه يكون عرضة للاصابة بعدوى المرض كما يتعدي الصحيح من الاجرب

٤ — احذروا من شد وربط عيونكم بتاتا حين وجود قذى وقيح) فيها • فالربط يحبس القيح القذي المؤذي للبصر كل الاذي داخل العين • واستعيضوا الربط والشد (بالنظارات الملونة او بالقناع والبرقع) كغطاء اسود يستر الراس والوجه و يترك العيون طلقة للفتح عند مسيس الحاجة

٥ — اعتنوا بنظافة وطهارة المنزل والبدن والثياب (وخاصة الايدي والوجه من البدن و والكفافي والمناشف من الثياب) ولا تمسحوا عينيكم الا بكفافي بيضاء نظيفة او بقطن طاهر • واستعمال الصابون مع الماء يكفل النظافة والطهارة



٦ — اكسوا ابدانكم ولا سيما ابدان اطفالكم بالثياب • فهي تحفظ وتقي من البرد والحر • ولا تكونوا مكشوفي الصدر والارجل والبطن •

٧ — امتنعوا من النوم على السطح ليلا حينما تكون تبدلات وتحولات الهواء كثيرة ، والطقس بارد ، ردي ، ومزعج وابتعدوا عن الاماكن الرطبة والمظلمة التحتانية (كالسراديب) فالغرف الفوقانية ذات الشبابيك والنوافذ العديدة تصلح لكم تماما

٨ — قللوا تعاطي الاشغال وعلى الاخص الاشتغالات الذهنية • وتجنبوا من التهيجات العصبية والانفعالات النفسانية

٩ — خففوا من الاطعمة الثقيلة (كاللحم والبيض والقشطة والشحوم والتوابل والمخللات) • واكتفوا بالاطعمة الخفيفة الهضم (كالخضراوات والارز والحليب والفواكه)

١٠ — لاتهملوا انفسكم وتتوانوا فى مراجعة الطبيب في مبدأ المرض لئلا يستفحل امره في عيونكم و يتمكن فيها ويخرب طبقاتها الثمينة • و يضعف و يقضي على بصركم العزيز المعادل للروح من جسمكم •

١١ — كل من يقراء و يفهم هذه الوصايا والتعليمات يحتم و يقضي عليه واجبه القومي والوطني والانساني ان يعلمها و يفهمها الى من يفهمها و يقرائها •

تصوير حوض الكلى

والحالبين بالاشعة

وتفسير هذه الصور

الدكتور وودمن

استعمالات المنظار المثاني (السيستوسكوب) من حيث كونه مساعدا لتشخيص الحالات الجراحية الكلوية

ان المباحثة فى هذا الموضوع تنجر حقيقة الى مباحثة حول التشخيص بالاورتوغرافي (١) والبايولوغرافي ولم تكن قد استعملت هاتان الطريقتان في بغداد الا منذ زمن قصير ولذلك فانني سوف لااتمكن من اطلاعكم على اكثر من بضع نموذجات من حالات كثيرة يتوقف تشخيصها الصحيح على تينك الطريقتين وقبل كل شيء اريد ان ابحث عن الالات المقتضية ومن ثم نتباحث فى تفسير الصور البايولوغرافية • وسوف اذكر بعد ذلك قسما من الحالات الكثيرة التى يمكن فيها بهذه الوسيلة اثبات التشخيص او نقضه اذا كان مشكوكا فيه • ثم اخيرا ارغب في اطلاعكم على عدد قليل من الصور البايولوغرافية التى اخذت حديثا في هذا المستشفي •

(١) تصوير الحالبين وتصوير الحوض الكلوى

الالات وطريقة استعمالها .

يبول المريض اولا ثم يخدر مجرى البول الامامي والخلفي بمحلول من النوفوكائين بنسبة $\frac{١}{٢}$ في المائة بواسطة محقنة (اوانسان) ثم يؤخذ منظار مثاني مفرد و يطلى بالجليسرين المعقم و يدخل في المثانة بدون قطعته البصرية و بعد ذلك يركب على فمه انبوبة معدنية خاصة يحقن منها ماء مقطر الى داخل المثانة بواسطة محقنة معدنية تسع ثمانية اونسات و يستمر على الحقن حتى تمتلئ المثانة وفي الحالات التي يوجد فيها نزيف دموي او صديد مع البول يجب غسل المثانة مرارا عديدة الى ان يصبح الماء في داخل المثانة رائقا الى درجة تكفي لعمل السيستوسكوبي ثم ندخل القطعة البصرية و يبدأ بالتفتيش عن جدر المثانة مع اعتناء خاص في البحث عن حالة الفوهات الحالبية

تفسير الصور البايولوغرافية

ان هذه المسئلة اعظم صعوبة من عمل الصور نفسها وتحتاج الى نقاط تشريحية يجب ان تحفظ في الذهن

تتالف الكلية من قسمين قسم صلب وقسم مجوف . و يتكون القسم المجوف من حوض قمعي الشكل تتفرع فيه كوءوس انبوبية الشكل . وهذه الاخيرة هي اسطوانية الشكل وهي من حيث العموم منقسمة الى ثلاث فئات، عليا ووسطي وسفلى وكل من هذه يجمع البول من الكوءوس الصغيرة

و يتكون القسم الصلب من طبقة قشرية ظاهرة وطبقة مخية باطنة وهذه الطبقة المخية مكونة من سلسلة من كتلات مخروطة الشكل تدخل قمة كل مخروط في النهاية الظاهرة لكل من الكوءوس . ومن هذا التداخل بين قمة المخروط ونهاية الكاس الظاهرة يحصل في اطراف هذه القمة رتج مدور ومن ذلك اذا تمدد الكاس باحد السوائل فان هذا السائل يحيط قمة المخروط الصلب الكائن في الطبقة القشرية . ففي تفسير الصور البايولوجرافية او تصوير الحوض الكلوي يعتمد بقياس واسع على المناسبات التشريحية التي بين عناصر القسمين المذكورين اي القشر والمخ وعلى وضع الكلى الاعتيادية وهو في مقابل الفقرة الظهرية الاخيرة والفقرات الثلاث القطنية الاولى . وعلى سبيل المثال اقدم لكم هنا نموذجا مما يدعي بالتحدب (Knobbing) وهو يطلق على الحالة التي يصبح فيها راس المخروط المخي قصيرا وكليلا بدلا من ان يكون حادا مدببا كما هو في الحالة الاعتيادية وهذا التغير ناتج عادة عن حوادث التهابية .

بعض الحالات التي يكون فيها التصوير الحوضي (بايولوغرافي) ثمينا

لنفرض ان لدينا مريضا قد كشف فيه شعاع ايكس ظلا في ناحية الكلية اليسري وكنا قد اردنا ان نعلم ما اذا كان ذلك الظل حجرا في الكلية ام لا ، واردنا كذلك ان نبت في هل هذا الحجر موضوع في الحوض او في الكاس . . . ندخل اولا قسطرة حالبية في الحالب الايسر ونسوقها فيه الى مسافة ١٠ — ١٢ س . م . ثم نسحب المنظار المثاني ونترك القسطرة في موضعها ونضع المريض على هذه الصورة فوق سرير المعاينة بالاشعة وعند ذلك نحقن في داخل القسطرة ١٠ س٣م من محلول

الصوديوم يودايد بنسبة ١٣ في المائة بواسطة المحقنة ونستمر على الحقن الى ان يشعر المريض بامتلاء او تمدد في خاصرته اليسرى ثم يؤخذ تصوير الكلي بواسطة حاجز (ديافراغم) (بوتر بوكي) وهو يساعد على تعيين ظل المحلول . وفي وسعنا ان نعلم من هذا الرسم موضع الحجر بصورة قاطعة وهذا مايسبب اختلافا كليا من وجهة نظر العملية . اذا ان الحجر اذا كان موضوعا في الحوض الكلوي فليس ثمة حاجة الى قطع قشر الكلي في اثناء العملية لرفعه . ومن جهة اخرى فهو اذا كان موضوعا في الكاس فيكون رفعه اسهل اذا قطع القشر .

لنأخذ مثالا اخر — ان اشعة اكس كشفت ظلا فوق ناحية الكلية اليمنى في مريض يشكو من الم في الخاصرة اليمنى مع وجود البول الصديدى ومع ذلك فان هناك حكاية عن حدوث هجمات يرقانية . لنفرض اننا نريد ان نجزم في هل ذلك الظل دالا على حجر في الكلى او هو مشير الى وجود حجر في المسالك الصفراوية فالحادثات من هذا القبيل تتصدى لنا مكررا . وان الصورة الحوضية (البايولوغرام) في وسعها ان تهدينا الى ما نحتاج من المعلومات في هذا الصدد .

ولنرجع الى ذكر حادثة اخرى — وهي ان مريضا جاء يشكو اليكم حملات من الالم في الجهة اليمنى فتعرضونه على اشعة ايكس وتجدون ظلا في خط الحالب الايمن . هناك طريقتان لتعيين ما اذا كان الظل دالا على الاحجار الحالبية ام لا . الطريقة الاولى امرار قسطرة حالبية كثيفة في الحالب الايمن والمريض تحت اللوحة المشعة (Fluorescent Scren) ودفع هذه القسطرة الى حيث يكون الظل وانظر اذا كان الظل والقسطرة على خط واحد وفي مستوى واحد .

والطريقة الثانية هي حقن محلول الصوديوم يوادايد (يودور الصوديوم) في داخل الحالب بواسطة قسطرة عادية غير كثيفة ثم يؤخذ التصوير بالاشعة فاذا كان الظل الاول قد دل على الحجر فسوف يكون في الاستطاعة مشاهدة الخط الذي يرسمه الحالب المحقون في اسفل الحجر وفي اعلاه . والامر الذي هو في غاية من الاهمية ان الظل الاصلي قد اصبح الان اوسع وبعبارة اخرى ان يودور الصوديوم قد دخل بين جدر الحالب والحجر وبدلا من ان نرى ظلا منتظما فاننا نرى النقطة التي يكون فيها الحجر كانها اتساع في الحالب واذا وجد ظلان متراكبان فان عمل التصوير منحرفا يظهر لنا انهما منفصلان عن بعضهما .

سوف تعلمون حالا مما قلته آنفا ان هناك عددا كبيرا من الحالات التي تكون فيها طريقة التشخيص هذه من الامور الاساسية . وها انذا اذكر فيما يلي قسما من تلك الحالات :

الكلية المهاجرة — تعرف بوضع التصوير الحوضي (البيولوغرام) بالنسبة الى الفقرات :

الكلية الممتزجة التي تشبه نعل الفرس — تعرف بنفس الطريقة .

الكلية الكيسية الولادية التي تكون دائما في كلتا الجهتين — وتكون واحدة منها اكثر اصابة من الاخرى فتصوير

الحوض هنا يساعد على الاجتناب من عملية محفوفة بالمخاطر الاكيدة .

الكلية المتدرنة — في هذه الحالة يمكن جمع البول بالقسطرة الحالبية من كل من الكليتين على حدة وتعيين اي منها قد نالتها الاصابة — فتصوير الحوض هنا يريننا تجويفا في قشر الكلي يظهر وكانه ظلا من كاس قد اتسع اتساعا ملوثا

التهـاب الكلية والحوض (بيه لونفر يتس) . يريننا تصوير الحوض هنا تحدبا في الكؤوس بدون تمدد الحوض او اتساعه .

استسقاء الكلي (هيد رونفروزيس) . اذا كان ناجما عن التواء الحالب او وجود الحجر فيه فهو يشخص حينما يظهر بتصوير الحوض تمدد في الحوض والكؤوس وفي الحالات الشديدة يكون ذلك مصحوبا برقة شديدة في اقسام الكلى المصابة .

والنمو الخبيث اذا تعدى الى احد الكؤوس فان هذا الكاس يظهر وكانه مشوه او معدوم في حين ان الكؤوس الاخرى ترى في حالة طبيعية .

ونستطيع بترسيم الحالب (اوره تروغرافي) تمييز الاحجار الوريدية والعقد المتكلسة عن الاحجار الحالبية وحينما يوجد صدفة ظلان في ان واحد فقد امكن اثبات ان احدهما كان بالفعل حجرا في الحالب والاخر حجرا وريديا او عقدة

والحالات التي بحثت عنها هي افات كبيرة ولا يجب ان نذهل ان جمع البول من كلا الكليتين وتحليله هو كذلك مهم لوضع التشخيص الصحيح وكذلك فقد تحقق ان تصوير الحوض وتصوير الحالب يسفران كثيرا عن نتائج سالبة وهذه النتائج لها من الفائـدة ما يفوق النتائج الموجبة .

الاورام البطنية وتشخيصها

الدكتور هاشم الوتري

كثيرا ما ياتي المريض يشكو من ورم في بطنه وتكاد تكون هذه الاورام اكثر العلل التي تسوق ابناء الشعب من انحاء القطر الى المستشفى الملكي في العاصمة او الى محلات عيادات الاطباء في المدينة واعني بالاورام جميع الافات التي تغير شكل البطن الطبيعي وتدرك بالنظر المجرد او بالبحث الطبيعي ولكثرة هذه الاورام وكثرة الصعوبات التي تعترض احيانا وضع التشخيص فقد استحسنت ان افتتح عام المجلة الثالث بهذا البحث الذي سوف اذكر فيه للقارئ انواع الاورام التي تكون في البطن وكيفية تمييزها عن بعضها و بذلك اعتقد انني سوف اقدم لزملائنا الاطباء خدمة لها من الفائدة ما يبرر صرف بضع دقائق من الزمن لتلاوة هذه السطور . فاقول :

يجب عند بحث البطن اولا التأكد من ان الانتفاخ الموجود ليس ورما كاذبا اذ انه من الممكن ان تدرك اليد ورما في البطن وهو في الحقيقة ليس الا الشريان الاوورطي او مواد غائطة متراكمة او رأس البنكرياس او مجموعة من الديدان والى غير ذلك من الاورام الكاذبة التي تضل الباحث في التشخيص وفعلا ان رأس البنكرياس في ضامرى البطن يظهر في بعض الاحيان وكانه ورم البواب ولا يصعب التمييز بين الحالتين : فاذا كان الورم هو رأس البنكرياس فانه يتلاشى عند امتلاء المعدة اما اذا كان في البواب فهو في حالة امتلاء المعدة يقرب من جدار البطن وفي جميع الحالات التي يتعسر فيها تشخيص اورام البطن يجب عمل التنقية بالمسهلات قبل اجراء الفحص .

ونشاهد الاورام الكاذبة الناشئة عن اجتماع عدد من الديدان في الامعاء لاسيما في هذا القطر وما يماثله من الاقطار الحارة التي يكثر فيها وجود الديدان المعائية الاسطوانية وقد تؤدي جماعات الديدان احيانا الى انسداد الامعاء بها فامثال هذه الحالات تشخص جيدا و بصورة قاطعة بفحص الغائط مجهريا

والرحم المحمول هو ورم لا يجب ابدا الذهول عنه فيجب في هذه الحالة اجراء فحص المهبل والبطن معا وفي الحالات المشكوك فيها ينبغي النظر الى الثديين ومما يؤيد التشخيص انقطاع الطمث والغثيان في الصباح وزوال اللون من المهبل ولا يبقى شك في وجود الحمل اذا ادركت حركات الجنين او ضربات قلبه

ومن الاحوال المرضية التي تفضي الى ورم البطن بكثرة في هذه البلاد هي ضخامة الكبد والطحال ولما كانت الضخامة في هذين العضوين من اشهر الامراض التي نصادفها يوميا في حياتنا الطبية فقد وجب افراد بحث مستفيض لها بعد قليل

اذا كان ورم البطن متحركا يجب البحث عن جذره وعن منشئه واصله واذا كان ذلك غير ممكن فحركه الى كل جهة واشر في جدار البطن قطعة الدائرة التي يرسمها . و بهذه الوسيلة يمكن الحكم في ان مركز تلك الدائرة يوافق عضو من اعضاء البطن ومثلا الحوصلة المرارية . وفي الحالة الاعتيادية يوجد قعر الحوصـلة المرارية عميقـا في انخفاض سطحي مثلث واقع في جدار البطن بين الحافة الجانبية للعضلة المستقيمة وغضروف الضلع التاسع والورم في الحوصلة يرسم قطعة من الدائرة يتجه انحناؤها الى اسفل في حين ان انحناءها في الكيس المبيضي متجه الى اعلى .

والاورام البوابية تتحرك الى كل جهة وجميع الاورام البطنية التي تتحرك كثيرا تشير الى كونها ناشئة من الامعاء الدقيقة او المساريقة او البريطون . وقد يتولد من الاكتينوميكوز ورم يكون احيانا متحركا في الناحية اللفائفية الاعورية وهو بخلاف السرطان لا يولد الانسداد الا فيما قل وندر . ولا يجب ان يغرب عن البال ان الكلى في بعض الاحيان تغير موضعها بسبب ولادي فتدرك كالورم في تجويف البطن

وتدرك اليد اورام البلهارزيا بالجس في الاحوال التي قد تقدم فيها المرض كثيرا وهذه الاورام توجد على مسير

السين الحرقفي والمستقيم او في المثانة بسبب ثخانة جدرها واذا وجد في ذات الوقت سقوط في المعي المستقيم كان ذلك مشيرا الى امراض البلهارزيا (الشيستوزومياز يس) واذا كان المريض مقيما في المناطق التي يستوطن فيها هذا المرض يجب البحث عن بويضات البلهارزيا في الغائط والبول

والاورام العظيمة الحجم التي تشغل قسما كبيرا من البطن هي في الغالب حوضية المنشأ واذا كانت ذات صلابة شديدة فمن المحتمل ان تكون من اورام (الفيبروميوم) في الرحم او تكون نادرا من اورام المبيض (فيبروسار كوما) وفي هذه الاحوال يقتضي بحث الرحم من الطريق التناسلي والاورام الكبيرة في الاطفال تكون غالبا من نوع الساركوما او اورام الكلى المختلطة

واذا كان الورم كيسيا وغير منتظم الملمس دل على كونه مبيض المنشأ والورم الذى يمكن تحديده من اعلى هو ورم المبيض والذي يمكن تحديده من اقسامه السفلى هو ورم الكلى (هيدرونفروز) واذا كان الورم هيدرونفروزا فمن الممكن ان يذكر لنا المريض انه كان قد اصيب بمغص كلوي اعقبه بول غزير والبحث بالاشعة يفصل في كون الورم ناشئا عن الحصى او غيرها والمعاينة بالمنظار المثاني تريتا ان البول قد انقطع من الحالب في الجهة التي قد اصيبت فيها الكلية . والاورام المبيضية تنمو من اسفل وهي لاتورث الالم الا اذا التوت حول جذرها

وفي حالات الكيس الديداني يجب عمل تفاعل فايتبرج فهو كثيرا ما يهدينا الى التشخيص وعند البحث بالاشعة يشاهد ظل الكيس الديداني وهو مفروق تماما عما حوله وله حدود واضحة كل الوضوح وليس من النادر حدوث القيلة المائية (هيدروسيل) البطنية وهي اذا حدثت فانها تملأ قسما كبيرا من البطن ويتعذر احيانا كشف الاتصال الموجود بينها و بين اخرى مثلها توجد في الصفن في ذات الوقت

واحيانا تتكون الاورام الكيسية في البطن بسبب تكيس الالتهاب الدرني في البريطون

وفي جميع الاحوال المشكوكة التي لم يعلم فيها منشأ الورم فمن المفيد جدا نفخ الامعاء من اسفل وفي هذه الحالة يشاهد ان الورم الكلوى موضوع في اعلى الطبلية البطنية ووحشيها واما الورم المبيض فيكون في اسفل هذه الطبلية وانسيها

الاورام الخبيثة — يجب الاشتباه في وجود الاورام الخبيثة كلما كان الورم سريع النمو مصحوبا بهزال مبكر سريع مع وجود سائل سائب في تجويف البطن وتعدد النمو الجديد وضخامة العقدات فوق الترقوية في الجهة اليسرى من العنق واذا كان السائل السائب في تجويف البطن مسبوقا باعراض بريطونية كان باعثا للاشتباه في وجود ورم مستوى في المبيض .

التدرن — لايجوز ابدا اهمال معاينة ظهر المريض وخاصة عموده الفقرى اذ ان كثيرا من الاورام البطنية هي في الحقيقة خراجات ناشئة من العظم . واذا وجد ناصور في السرة متصل بكتلة موجودة في البطن فمن المحتمل ان

يكون هناك تدرن والالتهابات الدرنية في البريطون اذا كانت مصحوبة بمقدار وافر من الجبن فانها تشير الى وجود التشحم في الكبد او انها تحدث اوراما يختلف حجمها وموضعها ومما يدل دلالة قوية على وجود التدرن البطني وجود كتلة كالعجين مؤلمة بالجس تظهر فوقها بالقرع تارة اصمية وتارة طبلية تتبدل من يوم الى اخر والمريض يكون في هذه الحالة نحيفا فقير الدم وحالته الصحية سيئة جدا ويصاب عادة بالغثيان والقبض ومع ذلك فقد يصاب بالاسهال المدمم اذا وجدت قروح في الامعاء . والحمى ترتفع في الحالات الحادة ولكنها تكون معدومة او غير منتظمة في الحالات المزمنة .

ويجب تحليل البول في جميع الحالات المشكوكة لان هذا التحليل يساعد على معرفة العضو الذى قد اختلت وظائفه . وكذلك فان معاينة الدم تفيد في تشخيص الامراض الديدانية وتعين على اثبات وجود التقيح .

ولايجوز عمل البزل الاستقصائي على جدر البطن اذا كان الورم مشكوك الاصل لان ذلك مما يسبب خطر انتشار النتانة فضلا عن كونه قليل الفائدة لاجل التشخيص .

ضخامة الطحال

يوجد الطحال في الجهة الخلفية للقسم العلوي والايسر من تجويف البطن ويوجد قسم منه في الناحية الشرسوفية وان معظمه موضوع في المراق الايسر ومحوره الطويل في حالة الاضطجاع يوافق في اتجاهه القسم الخلفي للضلع التاسع وفي انتصاب البدن يكون محوره الطويل قائما في اغلب الاحيان وخاصة في كهول النساء .

جس الطحال — ينبغي لجس الطحال ان يكون المريض منبسطا على ظهره على ان يكون رأسه مرتفعا على وسادة وركبتيه منسحبة الى اعلى ويجب ان يكون مستريحا ليتسنى بذلك الحصول على ارتخاء العضلات . يقف الفاحص الى جهة المريض اليمنى ويمر يده اليسرى من خلف جسم المريض ويضغط بها بلطف على القسم الخلفي للاضلاع اليسرى ثم يضع يده اليمنى مبسوطة على جدار البطن ويحاول البحث عن حافة الطحال عندما تنزل اثناء الشهيق وعندما يحاول البحث بهذه الصورة يجب ان يكون الضغط الذي يجريه خفيفا ويحسن ارشاد المريض بان يتنفس عميقا ومنتظما من الفم بعد فتحه جيدا واذا لم تدرك الحافة بهذه الصورة يجب تبديل موضع اليد اليمنى تدريجا الى اسفل على جدار البطن اذ ان من الممكن اغفال الضخامة في الطحال عند وضع اليد تحت الاضلاع مباشرة والاكتفاء بهذا فقط .

اذا اصيب الطحال بالضخامة فانه ينزل من تحت القوس الضلعي الايسر ويصير ملامسا لجدار البطن مباشرة وينخفض اثناء الشهيق وله سطح املس وقلول في حافته العليا والباطنة والورم الناشيء عن ضخامة الطحال ذو اصمية بالقرع تمتد الى خلف واعلى نحو الابط في اتجاه القوس الضلعي التاسع والعاشر واخيرا ينتهي بنقطة عالية جدا .

واذا بلغ الطحال حجما كبيرا جدا فانه يملأ تجويف البطن

ويظهر للباحث وكانه حبن وفي هذه الحالة يتحشر احيانا في الحوض و يفقد حركته التابعة لحركات التنفس . ولا يجب ان ننسى ان الطحال القابل للجس يجوز ان يكون قد انتقل من موضعه لسبب الضغط الواقع عليه من نحو يف الصدر ولذلك يجب على كل حال بحث الصدر المتحقق من وجود انصباب صديدي او مائي او ورم في الصدر .

الاورام التي تتظاهر بمظهر الضخامة في الطحال — اذا استثنينا الاورام الكبيرة جدا وجدنا ان جميع اورام الكلية اليسرى والغدة التي فوقها تكون مغطاة بالمعدة او المعدة والقولون ولذلك نجد القرع عليها طبليا بدرجة مختلفة . واذا بلغت الضخامة في الكلى حدا كبيرا فهي تملا الخاصرة وتدرك بين اليدين وكانها ورم قوي صلب والبول الدموي والصديدي او البول الزلالي هو من الاعراض التي تبرهن على ان الورم ناشئ من الكلي .

واورام البنكرياس كثيرا ما تكون على الخط المتوسط وتوجد امامها المعدة وقد يوجد في البنكرياس كيس كبير يدفع المعدة من امامه ويظهر تحت جدار البطن وكانه الطحال الا ان هذا الكيس يتميز عن الطحال الضخم بعدم احتوائه على الحز الذي هو من مميزات الطحال .

وان كيس المبيض اذا كان عظيم الحجم فهو يلتبس بالطحال ولكن الاول قلما يرتفع بحيث يلامس الحافة الضلعية ولا ينحدر الى اسفل عند الشهيق وليس له حوافي معينة ولا يحتوي على الحز المعروف وجوده في الطحال واذا فحص الكيس بواسطة اليدين يتضح ان الرحم وعنقه قد انسحبا الى اعلى تبعا للكيس .

الضخامة المزمنة في الطحال

تشاهد الضخامة العظيمة في الامراض التالية :

(١) اللوكيميا الطحالية النخاعية
Spenomedullary Leukaemia

(٢) اللوكيميا اللنفاوية
Lymphatic leukaemia

(٣) اللوكيميا المختلطة
Mixed Leukaemia

(٤) الملاريا المزمنة
Chronic malaria

(٥) الليشمانيوز الاحشائي
Visceral Leishmaniasis

(٦) الفقر الدموي الطحالي
Splenic anaemia

(٧) الضخامة الطحالية المصرية
Egyptian splenomegaly

(٨) اللوكيميا الكاذبة الطفلية
Pseudo–leukaemia infantum

(٩) Splenomegalic polycythaemia

(١٠) الانكيلوستوميازيس (نادر)

(١١) الشيتوزوميازيس (نادر)

وتشاهد الضخامة المعتدلة في الاحوال الآتية :

(١) جميع الحالات السالفة الذكر في ادوارها الاولى .

(٢) الفقر الدموي الخبيث (كثيرا ما يكون الطحال ضامرا في هذه الحالة بدلا في ان يكون ضخما

(٣) اللنفادينوما Lymphadenoma

(٤) تشمع الكبد

(٥) الامراض الشحمية Lardaceous disease

(٦) الكساح Rickets

(٧) السفلس الولادي

(٨) التريبانازوميازيس

(٩) الحمى المالطية Undulant Fever

ينبغي في الدرجة الاولى فحص الدم في جميع الحالات التي ذكرناها آنفا لنفي وجود الامراض الدموية الاولية .

اللوكيميا النخاعية Myloïd Leukaemia او Splenomedullary leukaemia — يصبح فيها الدم سريع التدفق عند الوخز . واذا نشر على صفيحة من الزجاج يرى شحمي اللون وذلك ناشئ عن احتوائه على عدد كبير من اللوكوسيت ولا يقل عدد الكريات الحمراء في الدم في ادوار المرض الاولى ولكنه يهبط كلما تقدم المرض الى ان يصبح عدد هذه الكريات ما وين في كل سنتيمتر مكعب من الدم . ويقل مقدار الهيموغلوبين ويزداد عدد اللوكوسيت الى ان يبلغ ٢٠٠ الف في كل سنتيمتر مكعب من الدم وهذا ما لا يوجد في اية حالة اخرى من الحالات المرضية . وان تلوين الدم يساعد على تشخيص المرض مساعدة كلية اذ انه يرينا وجود عدد كبير من الميلوسيت Myelocytes وهذه الخلايا اعظم نسبة مئوية في احصاء جميع انواع اللوكوسيت وهي عادة اكبر الخلايا اللوكوسيتية الموجودة ومنها ما هو (نوتروفيل) وما هو انوزينوفيل Eosinophil وفي ادوار المرض المتاخر يوجد في الدم نوع الخلايا المعروف باسم الميلوبلاست myeloblast وهي خلية ذات نواة كبيرة بالنسبة ولها ثلاث او اربع نويات وفيها اسبيتوبلازم تتلون بشدة بالاصباغ القاعدية ويزداد عدد اللوكوسيت الايوزينوفيل والبازوفيل في حين ان النسبة المئوية للخلايا الكثيرة الاشكال واللنفوسيت تقل جدا . وتوجد بكثرة الكريات الحمراء ذات النواة واشهرها النورمابلاست وفي الحقيقة انها في هذا المرض اكثر مصادفة من اي مرض اخر .

اللوكيميا اللنفاتيكية Lymphatic Leukaemia يظهر الدم في هذا المرض مشابها للماء نوعا ما وقد تتناقص فيه عدد الكريات الحمراء ومقدار الهيموغلوبين . وهناك نوع من اللوكوسيتوز غير واضح كما هو في اللوكيميا الميهلوئيدية يتراوح عادة بين ٢٠ الف و ٦٠ الف في السنتيمتر المكعب والخلايا الغالبة هي اللنفوسيت من النوع الصغير . ويقل عدد اللوكوسيتات الكثيرة الشكل والايوزينوفيل . وتوجد صدفة الميهلوبلاست النوتروفيليه وهناك عدد من النورموبلاست يكثر وجوده في النوع الحاد من المرض ولكنه لا يبلغ ابدا الحد الذي يبلغه في اللوكيميا الميهلوئيديه .

اللوكيميا المختلطة Mixed Leukeamia ويظهر فيها الدم باوصاف متوسطة بين النوعين الانفي الذكر وربما كانت هذه الحالة دالة على انتقال اللوكيميا من الطور الاول الى الثاني .

اللوكانيميا Leukaemia . وهي في الحقيقه دور من ادوار اللوكيميا يقل فيها مقدار الكريات الحمراء وربما هبط الي مليون في السنتيمتر المكعب ولا يوجد تحول كبير في عدد اللوكوسيتات عما هو في الحالة الاعتيادية وانما يوجد في بعض الحالات تناقص فيها (Leucopenia) ويكثر عدد الميه لوسيت واللنفوسيت ولكن قلما يوجد من الايوزينوفيل والبازوفيل

وتوجد المغالو بلاست والنورمو بلاست

الكلوروما Chloroma · يحتمل ان يكون هذا المرض نوعاً من اللوكيميا اللنفاتيكية · وفيه يقل عدد الكريات الحمراء ويصغر حجمهن ويظهر في الدم عدد كبير من الخلايا اللنفوئيدية ويقل عدد البوليمورف والايوزينوفيل وتوجد النوزموبلاست والميهلوسيت · وهذا المرض نادر الوقوع ويكون مصحوباً بحدوث اورام لها ارتباط بالعظام وهو مخطر ويهتدى الى تشخيصه حالاً بواسطة اللون الاخضر الذى تظهر فيه الاورام ·

الفقر الدموى الطحالى Splenic anaemia ويعرف هذا المرض بأسم مرض بانتي (Banti's disaese) ويهبط فيه مجموع الكريات الحمراء وتقل فيه نسبة الهيموغلوبين ويقل مقدار اللوكوسيت (Leucopenia) عامة ويزداد منها عدد الوحيدات النوة (mononuclear) ·

الضخامة الطحالية المصرية Egyptian Splenome-galy ويلتبس هذا المرض بمرض بانتي الذى سبق ذكره · ويقل فيه اللوكوسيت (Leucopenia) ويهبط فيه عدد الكريات الحمراء وتوجد فيه عادة حمي غير منتظمة واذا اهمل مداواة هذا المرض فان الطحال يكبر حجماً ويحدث الحبن ثم يموت المريض ·

الفقر الدموى الطحالى الطفلى Seplenic anaemia of infants · يقل فيه عدد الكريات الحمراء وتهبط فيه نسبة الهيموغلوبين ويختلف حجم الكريات الحمراء ويكثر عدد النورموبلاست والميغالوبلاست ويزداد جداً عدد الكريات البيضاء وقد يبلغ الستين الفاً في السنتيمتر المكعب

ويزداد كذلك عدد اللنفوسيت والوحيدات النوة الكبيرة

Splenomegalic Polycythaemia · يزداد فيه عدد الكريات الحمراء (الى اكثر من ١٢ مليون) وقد يبلغ الهيموغلوبين نسبة ١٨٠ في المائة وقد يوجد النورموبلاست في الدم المحيطي وهناك لوكوسيتوز واضح ويقل عدد الكريات البيضاء الى ٢٠ الف مع ازدياد في عدد الخلايا ذات النواة المتعددة الشكل وتوجد الميهلوسيت في كثير من الاحيان

وهذا المرض نادر الوقوع وهو ينتاب الكهول ويتصف بوجود السيانوز (الزرقة) وهو غير محسوس في مبدئه ويتقدم ببطء ويحدث فيه النزيف الدموى من الاغشية المخاطية اينما كانت · ويصاب القلب عادة بالضخامة ويعلو فيه الضغط الدموي ·

الفقر الدموي الخبيث Pernicious anaemia يقل فيه عدد الكريات الحمراء وتهبط فيه نسبة الهيموغلوبين مع ارتفاع في الدلالة الصبغية (Colour index) وتكون عادة بدرجة ١،٢ او ١،٣ · وارتفاع الدلالة اللونية عَلَى هذه الصورة لايشاهد الا في حالة واحدة اخرى وهي اللوكيميا اللنفاتيكية وهي نقطة مهمة من حيث التشخيص في الفقر الدموي الخبيث وفي هذا المرض يسيل الدم بسهولة واذا ما اجرى تلوين الدم تشاهد فيه قاعدة الحالات التالية

(١) Poikilocytosis (٢) Polychromatophilia (٣) Basophilia وفضلا عن ذلك توجد دائما الكريات الحمراء ذات النواة وهي عادة من نوع الميغالوبلاست · واذا اجري تعداد اللوكوسيت وجد فيه

تناقص في البوليمورف وتزايد اللنفوسيت وفى الحالات الخطرة توجد الميهلوسيت ·

والخلاصة اذا اجري عد واحصاء الخلايا الدموية فان النتيجة تكون كمايلى: مليون ونصف من الكريات الحمراء، ٤ الاف من الكريات البيضاء والنسبة المئوية للهيموغلوبين هي ٤٠ والدلالة اللونية هي ١،٣ ·

ونشاهد نفس الحالة في الدم فى امراض اخرى مثل الانكيلوستوميازيس والبوتريوسفالوس لاتوس فيجب التحقق من عدم وجود هذين المرضين بفحص الغائط ولم يوجد اللوكوسيتوز في الفقر الدموي الخبيث الحقيقي ·

وهذا المرض احد امراض الشعوب القديمة ومن النادر ان ينتاب الاشخاص الذين هم دون السنة ٣٥ من العمر ومع ذلك فقد ورد ذكر امرأة اصيبت بالمرض عَلَى اثر الولادة ومن المحتمل ان يكون المرض هنا قد نشأ عن تعفن حاد ومن حيث العموم ان المرض في النساء (اللواتي تجاوزن من الـ ٣٥) هو ضعف ما في الرجال

ويتصف المرض بنوبات من الفقر الدموى الحاد وقد تكون هذه النوبات مصحوبة بالحمي وتؤدي الى استحالة الحبل الشوكى والمرض فترات تمتد عادة الى سنة من الزمن

واعراض المرض المبكرة هي :

(١) الضعف (٢) الاضطراب المعدى المعائي : غثيان قيء ، عسرة الهضم ، اسهال او تقرح في الفم (٣) ظواهر عصبية : صداع ، تشوش في البصر ، اغماء ، خدر او وخز في الاطراف ، تغيرات عقلية (٤) اضطرابات دورانية : عسر في التنفس ، خفقان ، اوزيما (٥) ضياع وزن البدن (٨) رعاف (٨) حمي · وكثير من المرضى لايشكون من اعراض كثيرة ومن النادر ان يراجعوا الطبيب الا بعد ان يهبط عدد الكريات الحمراء الى مليونين في السنتيمتر المكعب · ويوجد قاعدة ضغط دموي منخفض ونفخ قلبي غير عضوى · وهناك بحران معدوي واعراض عصبية تشبه ما يحدث في التابس الظهرى ويحدث الاسهال المشابه للدوسنطريا وفي بعض الحالات تشتد الافعال المنعكسة · ويكون المشي اشنجيا او يصاب البدن ببعض انواع الشلل·

اللنفادينوما Lymphadenoma يوجد فقر دموى في ادوار هذا المرض المبكرة وتكون النسبة المئوية للهيموغلوبين منحطة بالنسبة الى عدد الكريات الحمراء وبعبارة اخري ان «الدلالة اللونية» تكون منحطة · واذا ما بلغ الفقر الدموى درجة القصوى فان النور موبلاست تظهر الى عالم الوجود · ويمكن ان يكون هناك تغيير في شكل الخلايا وفي تفاعلاتها الصبغية · واللوكوسيت لا يتغير عادة عما هو في الحالة الاعتيادية · ويجوز ان يكون هناك لنفوسيتوز واذا تفاقم شر الفقر الدموى يهبط عدد اللوكوسيت (Leucopenia) وربما وجدت الميلوسيت

والخلاصة فلا يمكن استنتاج شيء معين من منظر الدم يدل دلالة خاصة على هذا المرض ·

ومن الوجهة السريرية توجد في اللنفادينوما ضخامة متفرقة في العقد اللنفاوية وهذه الضخامة تشاهد اولا في العنق وتوجد عادة حمي غير منتظمة وفي بعض الحالات

يشاهد في الحمى تحولات تترك في تذكرة الحرارة منظرا مماثلا لما هو في الحمى البارا تيفوئيدية الراجعة

الكلوروز Chlorosis · فيه يكون الدم باهت اللون ميالا جدا وسريع التخثر وان عدد الكريات الحمراء يبقى في حالته الاعتيادية وقد يزداد او يقل واما نسبة الهيموغلوبين المئوية فهي منحطة والدلالة اللونية واطئة جدا · وكثيرا ما توجد الميكروسيت وقد سجل وجود الـ «Poikilo-cytosis» وان الخلايا تكون عادة باهتة اللون وقد توجد الخلايا ذات النواة في الحالات الخطرة واللوكوسيت هو في الحالة الاعتيادية ومع ذلك فقد يقل عدده مع تناقص في البوليمورف وتزايد في اللنفوسيت · المرض ينتاب الجنس المؤنث بين سن البلوغ وسن الثلاثين ولا يوجد الهزال في الجسم ولا يوجد اي عرض يدل على تغيير عضوي · ويوجد في القلب نفخ غير عضوى والقبض موجود وليس هناك بول زلالي ناشىء عن الكلوروز

ويجب ان نذكر جيدا ان الانكيلوستومياز يس والشيستوزومياز يس كلاهما يولدان ضخامة عظيمة في الطحال وقد توجد الحمى في كلا الحالتين · ويصاب الطحال والكبد بالضخامة العظيمة في حادثات الليشمانيا الاحشائية وعندئذ يصاب الجسم بفقر دموي وتاخذه حمى ويعروه الهزال والاسهال ·

والخلاصة اذا وجدت الضخامة في الطحال وثبت عدم وجود الامراض الدموية او عجز البحث عن العثور على براهين تدل على وجود الملاريا او السيستوزومياز يس او الانكيلوستومياز يس او الحمي المالطية او السفلس او التقيح — فيجب حينئذ التفكير في مسئلة الليشمانياز يس الاحشائي او بعبارة اخرى (الكالاآزار) ففي هذا المرض قد يبلغ الطحال درجة قصوى من الضخامة واما الكبد ففي اغلب الاحيان يزداد حجما ومما يقوي الشبهة في وجود هذا المرض وجود اللوكوبنيا «Leucopenia» وترفع يومي مضاعف في الحرارة وفشل الكنين في المعالجة · وفي هذه الحالة يجب عمل البزل في الكبد واذا لم ينفع هذا في التشخيص ينبغي تكراره في الطحال وفحص العصارة التي تخرج بحقنة البزل بعد تلوينها بطريقة «جمزة» وفي هذه العصارة توجد عادة جراثيم الليشمانيا

ضخامة الكبد

يمكن ادراك الحافة السفلى للكبد الطبيعي عند نزولها اثناء الشهيق العميق · تمتد اصمية الكبد عاليا الى المفصل الخنجرى القصي والى القسم العلوى للمسافة بين الضلعية الخامسة على الخط الثديى ، والى المسافة السابعة على الخط الابطي المتوسط والى المسافة التاسعة على خط زاوية الكتف ولا يكون خط الاصمية افقيا الا في الكبد الضخم والحافة السفلي للكبد الطبيعي توافق تقريبا بحسب ما كشفه «كانتلى» الحافة السفلي لليد اليمنى اذا وضعت مبسوطة على الصدر بحيث تكون الحافة الكعبرية للسبابة متوازية مع المفصل الخنجرى القصي على ان تكون الحافة العليا لليد موضوعة افقيا فالخط الذي ترسمه الحافة السفلي لليد وهي موضوعة على هذه الصورة يشير الى حدود الكبد السفلي والاصمية بالقرع اذا لم تنزل الى هذا الخط كان ذلك دليلا على تناقص حجم الكبد واذا نزلت الاصمية الى اسفل ذلك

الخط دل ذلك على تزايد حجم الكبد · وتعيين حدود الكبد السفلى بهذه الطريقة هي اقرب الى الحقيقة من تعيينها باي طريقة مبنية على خطوط فرضية تمر من اطراف الغضار يف الضلعية تلك الخطوط التي لا يمكن معرفتها عمليا ·

وكان كانتلى قد لفت ايضا الانظار الى ان الكبد انما هو في الحقيقة عضوان وقد اظهر :

١ — ان حقن شعبتي وريد الباب اليمنى واليسرى بمادتين مختلفتي اللون قد برهن على ان هناك منطقتين منفصلتين بخط يمتد من منتصف الانطباع الموافق للحوصلة المرارية الى ثلم الوريد الاجوف السفلي وليس في الامكان حقن الايمن من الايسر او العكس بالعكس

٢ — اذا قطع الكبد الى قطعتين من الخط المذكور آنفا وجد ان العضو قد انشطر الى شطرين متساويين وزنا

٣ — ان فروع الشريان الكبدي ووريد الباب والقنوات الكبدية هي متساوية الابعاد في كلا النصفين من الكبد

٤ — ان الفرع الايسر لوريد الباب لا ينقسم فيما يطلق عليه عادة اسم الفص الكبدي الايسر فحسب بل انه يتفرع ايضا في الفصوص الصغيرة والجزء الكبرى من القسم الذي يدعى بالفص الايمن في ضمن الحدود التي يفصلها الخط الموصوف في المادة الاولي ·

٥ — فهذه الحقائق التشريحية تشير الى الخط الذي يمكن منه قطع الكبد بدون خشية من النزيف الدموي وتفسر ما يحدث عادة من انحصار الامراض الخبيثة والخراجات الكبدية والاكياس الهيداتية في فص واحد او بالاحرى في نصف واحد من الكبد دون ان تتعدى الى النصف الاخر

الضخامة الظاهرية · قد يظهر الكبد وكانه قد اتسع وذلك بسبب السقوط فيكون المريض مهز يلا وتكون الحدود العليا لاصمية الكبد احط مما هي في الحالة الاعتيادية وتسقط كتلة الكبد عادة بسبب انصباب بلوراني مائي او صديدى · او ورم في داخل الصدر

الضخامة الحقيقية · اذا اصيب الكبد بالضخامة فهو ينحدر الى تجويف البطن وتدرك حافته في مستوى احط من مستواها الطبيعي وفي مثل هذه الاحوال لا يشاهد اتساع حدود الاصمية عاليا فاذا اتسعت حدود الاصمية الظاهرية عاليا يجب البحث «١» عن سبب في الصدر ٢ خراج تحت الحجاب الحاجزى ٣ خراج كبدي ٤ كيس هيداتيكي · وعند وجود احد السببين التاليين لا تتسع الاصمية عاليا بصورة متساوية بل انها في اتساعها ترسم منطقة على شكل القبة · والبحث بالاشعة يساعد مساعدة جمة على تمييز هذه الحالة بكل سهولة · ولو ان البحث في بعض الاحيان لا يكشف عن اي ظل محدود ناشئ من الكبد عن ظل الحجاب الحاجز في الجهة اليمنى في مثل تلك الاحوال لابد وان يشاهد في مستوى اعلى من مستواه الطبيعي مع تقيد في مجال الحركات التنفسية واما الاحوال الاخرى التي تستوجب ان يكون الحجاب الحاجزي في مستوى ارفع من مستواه الطبيعي فهي : الحبن وانكماش الرئة وتوسع المعدة وفلج الحجاب الحاجز

والحمل والاورام البطنية الكبيرة . وقد تبقى حركات الحجاب الحاجز مقيدة لمدة طويلة في ذات الرئة بعد زوال التغيرات الموضعية .

و يجب ان نتذكر ان الحركات التنفسية تنتقل الى ابرة تغمد في خراج موضوع تحت الحجاب الحاجز وليس الامر كذلك حينما تغمد الابرة في انصباب بلوراني صديدي ومن اشهر اسباب ضخامة الكبد في البلاد الحارة هو التهاب الكبد يجب ان يذكره الباحث قبل اي شيء وهو ناشيء عموما عن الامراض الاميبية وينفع فيه الامتين والمرض في هذه الحالة عبارة عن ثقل وامتلاء يشعر به المريض في المراق الايمن ولا يصل هذا الشعور الى حد الالم وتاخذ المريض حمي وقد لا يذكر انه اصيب بالدوسنطاريا وليس هناك يرقان ولا هزال ولكن الغائط اذا فحص وجد انه يحتوي على الاميب نفسه او اكياسه . وقد يوجد في الدم قليل من اللوكوسيتوز يس و يأخذ المريض عادة سعال جاف

تاريخ الطب:

قسم هيبوقراط

الدكتور صائب شوكت

ان نص قسم هيبوقراط Hyppocratic oath هو من اهم المؤلفات التي تركها لنا تاريخ الطب .

لقد تالفت في الاسكندرية لجنة من فطاحل الاطباء في العصر الثالث قبل الميلاد لجمع وتدوين مؤلفات هيبوقراط العالم الكبير والذي يحق له ان يسمى بجد الاطباء الكبير . ولقد تمكنوا حينئذ من جمع وتدوين ستين كتابا وسميت هذه المجموعة من الكتب الجسم الهيبوقراطي Corpus Hypqocraticum ولكن بعد ذلك تبين لدى تدقيق علماء التاريخ الطبي ان اكثر هذه الكتب ليست من مؤلفات هيبوقراط نفسه . ويقول غرونر Gruner ان مؤلفات هيبوقراط لا تزيد على العشرة

ولكن من المحقق ان القسم او اليمين الهيبوقراطي هو وضع هيبوقراط نفسه وله اهمية عظيمة من حيث التاريخ الطبي لانه يصف لنا حالة الطب اليوناني في عهد هيبوقراط ومعاصرية (سقولابيوس Aesculapius) و يبين لنا المسؤلية الوجدانية والاخلاقية التي كان الاطباء اليونانيون ياخذونها على عاتقهم في ذلك الحين وهو يشكل اساس الاداب الطبية Deontologie Menical التي يراعيها ويحترمها كل طبيب في عصرنا هذا

نذكر قبل كل شيء تعريب نص القسم الهيبوقراطي بحروفه:

« اقسم باسم ابوللو الطبيب وباسم سكولاب باسم باناس واشهد ذلك على جميع الالهة والالاهات (gods and godesses) انني اراعي واعمل حسب قابليتي واقتداري العهد الاتي :

« ان احب كل من علمني هذه الصنعة كابي وامي وان اعيش معه بسلام وان اشاركه بثروتي اذا اقتضى الحال . وان انظر الى اولاده كاخواني وان اعلمهم هذه الصنعة اذا ارادوا ذلك من دون اجرة وان اعلم اولادي واولاد استاذي وكل من انتسب الى هذه المهنة واتعهد بمراعاة قوانينها .

ان اصف الحمية لمرضاي حسب اقتداري ومعلوماتي وان لا اعمد لضرر احد . وان لا اعطي احدا سما قاتلا وان لا اعلم احدا كيفية التسميم اذا طلب من ذلك . والا اعطي امرأة دواء يسبب الاسقاط . وان احافظ على شرف مهنتي وصنعتي . وان لا اقطع لاجل اخراج حصاة المثانة وان تحقق لدي وجودها بل اترك اجراء هذه العملية الى الاخصائين »

« وحينما ادخل بيت المريض ان اعمل فقط ما يجب عمله لمعالجة المريض وان اتجنب عمل السوء في العائلة خاصة حب النساء او الرجال لاجل انسي وطربي اسياد كانت هؤلاء او عبيدا وان اكتم جميع الاسرار التي اقف عليها اثناء اجراء صنعتي او خارج صنعتي او في اثناء اشغالي اليومية »

« واذا حافظت على هذا العهد بصدق واخلاص فليكن التوفيق حليفي حين اجراء صنعتي ولاكن محترما من قبل جميع الناس دائما . واذا خنت صنعتي ونقضت هذا العهد فليصبني عكس ذلك !! انتهى .

يقول بلاتو plato ان هيبوقراط هو من اهالي جزيرة كوس Cos وينتسب الى عائلة (Aescolepiads سقولابياد) وانه كان يدرس الطب بدون اجرة .

واذا دققنا القسم الهيبوقراطي نرى فيه قسمين مهمين الاول يرينا التشكيلات الطبية ووضعية الاطباء في عهد هيبوقراط وما كان يحيط الطبابة من الاسرار والغوامض التي يمنع قسم هيبوقراط عن كشفها الى غير المنتسبين للطب والثاني هو صفحة جميلة من الاداب الطبية . يحتوي على تعهد الطبيب برعاية بعض المسائل الوجدانية حينما يمارس مهنته .

كان الطب في زمن هيبوقراط صنعة سرية مستقلة . ولا ينتسب الى هذه الجمعية السرية سوى الاطباء واولادهم ومن اقسم يمين الاخلاص بمراعاة وتطبيق نصوص القسم الهيبوقراطي . والقسم الهيبوقراطي يجبر المنتسبين اليه ان يعاونوا بعضهم بعضا حين ظهور الاحتياج وان يسندوا بعضهم في جميع الحالات . واهم وظيفة يلقيها العهد الهيبوقراطي على عاتق الاطباء هو تدريس الطب . وكان يدرس الطب بثلاثة شعب مستقلة . الاولى هي قواعد الطب العمومية وتتالف هذه من بعض القواعد الاخلاقية والقواعد المسلكية التي على كل طبيب ان يتحرك بموجبها حين اجراء صنعته .

واما الثانية فهي علم الطب العملي ويدرس هذا بدروس يلقيها الاساتذة الى جنب المرضى . واما الثالثة فهي درس الكتب والمؤلفات الطبية المختلفة .

كان لاولاد اساتذة الطب حق طبيعي في الانتساب الى زمرة الاطباء السرية

واما الذين هم ليسوا من ابناء الاطباء فيتمكنون من

الالتحاق بزمرة الاطباء بعد حلف اليمين الهيبوقراطي ولكنهم كانوا يجبرون عَلَى دفع اجرة معينة .

بتلقي الدروس الطبية الاولية علما لمن اراد الانتساب الى الطب . وما ذلك الالتجربة الاشخاص واختبار استعدادهم وقابليتهم لدرس الطب وحفظ اسراره و بعد ان يتأكد الاساتذة من ذلك يبدأون بتدريس العلوم الطبية الاساسية بصورة سرية لمن يتأكدون من متانة اخلاقه وحسن سيرته وما ذلك الا لحرصهم عَلَى المحافظة عَلَى الفن الطبي كفن سري غامض

لايوجد في القسم الهيبوقراطي عبارة تدل عَلَى انتساب الاطباء الى صنف الكهنة والرهبان ولكن كان يدعي الاطباء انتسابهم الى عائلة اسكولابيوس Aesculapius والى جدهم الكبير « ابوللو Appolo » الذي يقسمون و يصلون باسمه

القسم الهيبوقراطي ليس بقسم ديني و يختلف طب الكهنة المنتسبين الى معبد سقولابيوس من طب سائر المنتسبين الى قسم هيبوقراط فقد كان الكهنة يعالجون المرض بالتلقين في مستشفيات خاصة كائنة باقاليم معتدلة ذات شمس دائمة وهواء جيد طلق . واما معالجة الاطباء المنتسبين الى زمرة هيبوقراط فهي مستندة الى التجارب والمشاهدات الطبية و باستعمال ادوية نباتية ووسائط اخرى كالحمية وبعض انواع العمليات الجراحية البسيطة

ان الجزوء الثاني من القسم الهيبوقراطي فيجبر الطبيب عَلَى ان يكون رجل الحق والاستقامة حينما يشتغل بصنعته ويوصى الطبيب باستعمال حذاقته ولياقته لاعطاء احسن الدواء ووصف احسن الحميات والتجنب من اعطاء دواء مسقط او سم قاتل لمن يريد استعمالها .

والجزوء الاخير من القسم الهيبوقراطي يبين لنا ان الاطباء في عهد هيبوقراط كانوا يعرفون حصاة المثانة وكانوا يشخصونها ويجرون لها العمليات الجراحية ولذلك يمنع القسم اجراء عمليات اخراج الحصاة لمن لايتقن عمله ويترك ذلك للاختصاصين فقط .

كانوا يشخصون حصاة المثانة بادخال مسبار معدني الى المثانة ويجس الحصاة بواسطته . وكان هذا المرض منتشرا في سواحل البحر المتوسط وفي مصر بكثرة في ذلك الزمن . وكان حينئذ يوجد اختصاصيون لاجراء عملية اخراج الحصاة . وقسم هيبوقراط يمنع غيرهم من اجراء هذه العملية .

ويبحث هيرودوتوس Heratodos في كتابه عن هؤلاء الاختصاصين عند البحث عن اطباء مصر . ولكن لا يوجد في مؤلفات الطب اليوناني القديم بحث يصف كيفية اجراء هذه العملية ولقد عرفنا جاسلسوس Celsus اخيرا ان امونيوس Ammonius اخترع آلة لكسر حصاة المثانة واخراجها .

يوصي هيبوقراط بعمل الاستشارة الطبية حين ظهور الحاجة وهذا هو تعريب كلامه (اذا اصبح الطبيب امام مرض جديد لا علم له به يجب ان لا يتردد وان لا يستحي من استشارة احد رفقائه الاطباء) لقد مر عَلَى قسم هيبوقراط الوف من السنين ولكن الزمان لم ينقص من قيمته ولا من اهميته . ولقد بقي وسوف يبقى المثل الاعلى لكل من ينتسب الى مسلك الطب الجليل .

المقتبسات

﴿ الكوليرا او الهيضة ﴾

المقدمة :

عَلَى اثر حدوث اصابات بالكوليرا في البصرة رأينا من الواجب ان نذكر قراء المجلة من الزملاء وغيرهم ببعض النقاط العملية التي يجب العلم بها لمعرفة مرض هو من افتك الامراض التي تحمل عَلَى سكان العراق منذ زمن بعيد فتحصد النفوس حصدا لا مثيل له نظرا لجهل الناس طرق الوقاية من المرض وتوفر الاسباب والظروف الصحية التي تساعد عَلَى انتشار المرض . يوجد في العراق امراض تكاد تكون خاصة به منها الانكيلوستوميازيس والبيهارزيوزيس والملاريا والطاعون والكوليرا وقد بحثت المجلة عن قسم من هذه الامراض في اعدادها السابقة وترى من واجبها ان تستمر في اقتباس ونشر جميع الابحاث التي تختص بالامراض الكثيرة الحدوث في العراق والغرض من ذلك تجديد معلومات زملائنا الاطباء وتنوير اذهان الجمهور ليتسنى التعاون بينهم عَلَى مكافحة ادوائهم الفتاكة التي لم تفارقهم يوما من الايام . وغرضنا الان ان نذكر مجملا عن الكوليرا او الهيضة قد اقتبسناه من اخر طبع من كتاب الامراض الاستوائية للاستاذ (مانصون) ونعتقد ان هذا المجمل سوف يغني الطبيب عن مراجعة الكتب الضخمة وسوف يجد فيه القارئ جميع ما يحتاجه من العلم عن الكوليرا :

تعريف المرض :

الكوليرا مرض حاد مستوطن في بعض الجهات ويحل وافدا في جهات اخرى احيانا ويتميز بالاسهال والقيء الغزيرين والتشنج العضلي وانقطاع البول وبرودة الجسم والهبوط له ميكروب خاص يسكن الامعاء وينتهي بالموت غالبا .

تاريخ المرض ومواطنه :

يحتمل ان تكون الكوليرا مستوطنة منذ القديم في البنغال الجنوبية ومن هنا تصول عَلَى بلاد الهند بين حين واخر وقد بدأ المرض في عام ١٨١٧ يستولي عَلَى اسيا بجميعها فاخذ يتسع شرقا الى بكين واليابان وجنوبا الى موريتيوس Mauritius وغربا الى سورية والى شواطئ بحر قزوين الشرقية وقد زارت الهيضة اوروبا في عام ١٨٣٠ ومنذ هذا التاريخ كانت اوربا عرضة لصولة المرض خمس مرات في تواريخ مختلفة بين عام ١٨٤٨ وعام ١٨٩٢ ومن ثم بقي المرض يصول صولات خفيفة ولكنه كان ينحصر في مناطق محدودة . وقد تفشت الهيضة في العراق والبلكان في اثناء حرب البلكان التي حدثت في عام ١٩١٣ وفي اثناء الحرب العامة ولكن تفشيها لم يكن قد تجاوز المناطق التي كانت تدور فيها رحى الحرب .

وقد انتشر المرض في بريطانيا العظمى في عام ١٧٨٠ ولكنه عبر اللاتلانتيك وبلغ الولايات المتحدة عن طريق جامايكا واورليانس الجديدة ثم اخذ يفتك هناك مدة من الزمن وقد تبين من البحث الذي اجري في طرق اتصال عدوى المرض باوربا في حملاته المختلفة ان الهيضة قد اتصلت باوربا عن ثلاثة طرق معينة — عن طريق افغانستان والعجم وبحر قزوين ووادي فولغا (٢) عن طريق الخليج الفارسي وسورية واسيا الصغرى وتركيا الاوروبيه والبحر المتوسط (٣) عن طريق البحر الاحمر ومصر والبحر المتوسط .

كيفية انتشار المرض وتوطنه :

تقتفى الهيضة اثر الانسان اينما ذهب وتنتقـل عدواها غالبا بواسطة الانسان من محل الى اخر ومما يسهل العدوي كثرة ازدحام الناس في محل واحد كما يحدث فى مكة المكرمة احيانا فى مواسم الحج او فى احياء الطبقة الفقيرة حيث يزدحم السكان وتسوء المعيشة · فاذا تفشت الهيضة في قطر من الاقطار رحلت مع سكانه حيث ذهبوا مصاحبة لهم في الحل والترحال فيصبح هؤلاء واسطة لانتقال المرض الي الاماكن التى يمرون منها والهيضة لا تسير اسرع من الانسان بل تكون مرافقة له فى الرحيل وقد كان السفر قديما من الامور الشاقة التى تستغرق زمنا طويلا ولا يقبل عليه الناس كثيرا ولذلك كانت الهيضة بطيئة فى سفرها مع الانسان وكان يندر انتقالها من بلد الى اخر · اما الان وقد تيسرت اسباب السفر وازدادت سرعة التجول بين البلدان وشاعت بين الناس رغبة السفر فقد اصبح انتقال العدوي اسرع حدوثا مما كان عليه قبل ستين سنة ·

والهيضة تتولد غالبا من الماء والمكروب يدخل الجسم عن طريق المعدة · وقد سجلت فى المدونات الطبية عدة حالات برهنت عَلَى صحة هذا القول · ومن المسلم ان ابتلاع الميكروبات ضروري لحدوث المرض ومع ذلك يظهر ان هذا وحده ليس كافيا لاحداث المرض بل ينبغي لذلك استعداد في المريض لقبول المرض تابع لحالة الشخص الصحية ودرجة الحامضية في معدته فاذا تناقصت حموضة المعدة وساءت الحالة الصحية كان المريض اكثر استعداد للاصابة بالمرض ·

سبب الهيضة :

ان سبب الهيضة ميكروب يشبه الضمة او الهلال يدعى باشلوس الكوليرا او ضمات الكوليرا وقد اكتشفه لاول مرة الدكتور كوخ في القطر المصرى في عام ١٨٨٣ وقد ثبتت صحة هذا الاكتشاف فى كلكتا في عام ١٨٨٤ حيث وجد هذا الباشلوس في كل مريض اصيب بالهيضة ·

و باشلوس الكوليرا حوين دقيق جدا طوله يساوى نصف طول باشلوس السل واثخن منه مرتين وهو منحن قليلا كالهلال او الضمة وتوجد في احد طرفيه واحيانا فى كلا طرفيه استطالة دقيقة جدا تتعذر رؤيتها بطرق التلوين العادية وهي اطول من جسم الميكروب مرة او خمس مرات ولا توجد هذه الاستطالة في جميع ادوار حياة الميكروب وبفضل هذه الاستطالة يتحرك الميكروب حركة لولبية تشبه حركات الاسبيريل واذا اجري تلوين الباشلوس البالغ وجدت فى طرفه او منتصفه بقع معتمة تدل على وجود الجرثومة ·

وتتلون ضمات الهيضة بمحلول الفوكسين في الماء او بطريقة لوفلر ويزول لونها بطريقة غرام ·

و ينمو الباشلوس جيدا فى الاوساط القلوية في درجة من الحرارة تتراوح بين درجة ٣٠ و ٤٠ بالمقياس المئوي · ويتوقف نموه تحت درجة ١٥ او فوق درجة ٤٢ واذا بلغت الحرارة درجة ٥٠ المئوية اهلكت الباشلوس · وان مرق اللحم ومصل الدم والجلاتين والبطاطا جميعها من الاوساط الزرعية التى تساعد عَلَى نبات الباشلوس وهو يتكاثر بسرعة في اللبن (الحليب) بدون ان يحدث تخثرا فيه ويهلك بسرعة في الماء القطار ويعيش طويلا في الماء اذا اضيف اليه الملح وفى ماء البحر يعيش احيانا ٢٨٥ يوما ·

واذا زرع عَلَى ابقة من الجلاتين ينمو سريعا عَلَى هيئة مستعمرات دقيقة بيضاء غير منتظمة الشكل وفيها احبيبات ويذوب الجلاتين فيها حول المستعمرات فيحدث انخفاض

عَلَى شكل القمع تغور فيه مستعمرة الميكروب · وعند ما يغرس الميكروب في الجلاتين بالوخز تجده في بادىء الامر اعظم نشاطا بالقرب من السطح واخيرا كلما تقدم النمو على طول الوخز يحدث ذوبان الجلاتين عَلَى هيئة الاصبع وهذا الذوبان يتسع بمرور الايام حتى يصل الي جدر الانبوب الذى يحتوي عَلَى زرع الميكروب

ولا يذوب الاغار بتأثير الميكروب ولكن الزرع فيه يعيش كثيرا واذا زرع فوق البطاطا في درجة ٢٠ الى ٣٠ بمقياس سنتيغراد ، ظهر وكانه صفيحة ثخينة سنجابية اللون تشبه الفخار (بورسلين) · وفي مرق اللحم تعمل بعض الباشلسات عَلَى ايجاد رغوة في السطح والبعض الاخر يرسب فى قعر الوعاء تاركا السائل فوقه رائقا ومن حيث العموم لا يحدث باشلوس الكوليرا انحلال الدم اذا اضيف الى الوسط الذي ينمو فيه كالاغار بعد ان يحضن اربع وعشرين ساعة وهو مع محاليل السكر (بنسبة ١ في المائة) التى تستعمل عادة يحدث الحموضة بدون ايجاد الغاز وانواع السكر هي الجلوكوز والمانيت والساكاروز والمالتوز وان تخمر اللاكتوز مع حدوث الغاز يتاخر يومين او ثلاثة ايام ·

وهذه الاوصاف الشكلية والزرعية كافية لتشخيص الميكروب اذا انضم بعضها لبعض ومع ذلك فان هناك بعض الميكروبات كاسبيريل فينكلر (Finklers) تشبه ميكروب الكوليرا مشابهة تامة فهذه الكائنات البارا كوليرائية تشبه ميكروبات الهيضة تماما من حيث الشكل والمعيشة ولذلك من السهل وقوع الالتباس بينهما · وهناك تفاعل يدعي بتفاعل الاحمر الهيضوي Cholera.red reaction ويتم باضافة حامض الكبريتيك النقي عَلَى زرع من الميكروب فى محلول فى البيتون بنسبة ١ فى المائة

ويمكن تشخيص ميكروبات الكوليرا بطريقة اخرى وهي استعمال مصل الارنب الذى قد احدثت فيه المناعة الصناعية فهذا المصل يضم ميكروبات الكوليرا الي بعضها (اغلوتيناسيون) ويرى ذلك بالنظر البسيط وهذه الطريقة من افضل الطرائق التى تساعد عَلَى تعيين نوع الزرع

ومن حيث العموم يشخص ميكروب الكوليرا باوصافه المجهرية والزرعية وهذا التشخيص يعتبر صحيحا عمليا اذا كان قد اجري من قبل شخص خبير ·

اذا رشح زرع باشلوس الكوليرا يصبح قليل السمية واذا دخل الزرع المائت الى جوف الانسان لا يكون له مفعول الا اذا كان الغشاء المخاطى للامعاء مصابا باحدي الافات ويتلف معظم السموم بتاثير الحرارة بدرجة ٦٠ سنتيغراد

وباشلوس الكوليرا اعظم الحرشات تاثيرا اذا حقن تحت الجلد ويحدث في ذات الوقت حمى شديدة الوطاة فاذا اضيف هذا الامر الي ما يحدث في الكوليرا من انتهاك قوى الجسم بالسرعة والشدة التى تفوق حدود النسبة بين مقدار وحده الاسهال الموجود اتضح لنا ان التاثيرات المهلكة لباشلوس الكوليرا ليست راجعة الى استنزاف السوائل من الدم والانسجة بل تلك التاثيرات راجعة قسما الى امتصاص سموم الكوليرا من الامعاء · وتميل الافكار الحاضرة الى اعتبار الظواهر المرضية في الهيضة ناشئة قسما عن تخرش موضعي وقسما عن تسمم فى الدم ·

المناعة — يسهل احداث المناعة ضد باشلوس الكوليرا

فى الخنزير الهندي (كوباى) والارنب بواسطة حقن زرع مائت من الباشلوس داخل البريطون • فاذا اخذ مصل الدم من هذين الحيوانين بعد حصول المناعة اتضح انه يحدث الاغلوتيناسيون في زرع الميكروب بنسبة شديدة • وخلاف ذلك فاذا حقن هذا المصل لحيوان اخر غير محصن اصبح هذا الحيوان مقاوما لجرعة من الميكروبات هي اعظم من الجرعة المهلكة اربع او خمس مرات وفي هذه الحالة يقع في بدن الحيوان انحلال ميكروبي (Bacteriolysis يدعي بتفاعل (بفايفر) Ppfeiffer's reaction ويعمل هذا التفاعل بحقن زرع الميكروب في تجويف البريطون في الكوباي بطريقة خاصة لا ضرورة لتفصيلها هنا •

الاعراض •

يتبدىء هجوم الكوليرا بواحد من طريقين :

اما ان يطرأ المرض حين الاصابة باسهال عادي واما ان يحدث فجاة بدون ان تسبق له بوادر معلومة وعند ما يحل المرض وافدا يكثر عادة حدوث الاسهال فى المنطقة التى يحل فيها • وفي هذه المنطقة كثيرا ما يشاهد ان هذا الاسهال البسيط يغير اوصافه بعد يوم او يومين فيكتسب اوصاف الكوليرا الحقيقية • والاسهال في هذه الحالة يدعي (بالاسهال المخبر) ولم يجزم بعد في هل هذا الاسهال ذو صلة بالهجوم الذى يقع بعدئذ ام هو اسهال بسيط لا علاقة له بالهيضة بل انه يجعل المريض مستعدا لها • ومن المحتمل ان يكون هذا الاسهال حادثا عن حالة نزلوية فى الامعاء وهو وان كان غير حائز على صفة مرضية قائمة بنفسها الا انه يضعف قوة الغشاء المخاطي التي يقاوم بها الهيضة •

ومن المحتمل ايضا ان الكمية الوافرة من السوائل التى تتجمع في الامعاء في حالة الاسهال هي مما يساعد على نمو جراثيم الكوليرا اذان تلك السوائل هي بمثابه اوساط زرعية ملائمة لنمو الميكروب • واما بوادر ظهور الكوليرا فى الجسم مما عدا الاسهال الذي ذكرناه فهى الاسترخاء وهبوط القوي النفسية وضوضاء في الاذن •• الخ

فاذا ابتدأت الكوليرا الحقيقية يحصل في المصاب اسهال غزير كالماء يخرج بدون الم او يكون مصحوبا بالمغص والخروج في بادىء الامر عبارة عن مواد غائطة يطرحها المريض المرة بعد المرة ثم سرعان ما يفقد الخروج اوصاف الغائط المعتادة فيصبح عديم اللون او بالاصح يضحى اشبه شيء بماء الارز الخفيف يحتوى على • حالحات بيضاء معلقة فيه • يطرح المريض من هذه المواد كميات عظيمة وفي ذات الوقت يعتريه قيء غزير ربما كان في بادئ الامر مكونا من الاطعمة ثم حالا ينقلب الى مواد مماثلة لما يخرج مع الاسهال • ثم ينتاب الاطراف السفلى والبطن مغص مزعج يستغيث منه المصاب وتقف العضلات المصابة بالمغص فتصير كالعصى القوية من شدة التقلص ثم يدخل المريض حالا في دور الهبوط تتكمش الاقسام الرخوة من الجسم و ينخفض الخدان و ينحصر الانف و يدق وتغور العينان و يتجعد جلد الاصابع وهذا كله منبعث خاصة عن الضايعات التي تحصل في سوائل البدن بسبب الاسهال والقيء • و يصبح البدن باردا و يصير الجلد مزرقا داكنا ويندي بعرق دبق ويتوقف اطراح البول والصفراء و يصير التنفس سريعا قصير المدي

والنفس بارد و ينخفض الصوت فيصبح التكلم همسا و يصير النبض خيطيا ضعيفا • سريعا وتنخفض حرارة ظاهر الجسم الى مادون الحد الطبيعي ببضع درجات فتكون عند درجة ٩٣ او ٩٤ فهرنهايت واما الحرارة في المعى المستقيم فهى فوق الدرجة الطبيعية ببضع درجات اى انها عند درجة ١٠١ او ١٠٥ وعند ذلك يفقد المريض ارتياحه و يلقى بذراعيه من جهة الي اخرى يشكو من عطاش شديد وحرقة في الصدر وعذاب من التشنج العظلي وهو مضنى الجسم منهوك القوى • ولئن كان فاقد الاحساس فان عقله من حيث العموم يبقي سليما وفى احيان اخرى يغيب عن الصواب او يعتريه السبات •

واذا ما بلغت الكوليرا هذه المرحلة (المرحله الجليدية) تنتهي بواحد من ثلاثة طرق — اما الموت واما النقاهة واما الحمي •

فاذا حدث الموت على اثر الهبوط (كولا بس) فانه يحدث بعد بدء الاصابة في اي زمن بين الساعتين والثلاث عشر ساعة والمعتاد ان توافى المنية بعد الاصابة بعشر او اثنى عشرة ساعة وفي احيان اخرى ياخذ القيء في التوقف تدريجيا و يعود الى سطح الجسم شيء من الحرارة فيكون ذلك نذيرا بحلول النقاهة وفي مثل هذه الحالة يعود الادرار الى الاطراح بعد احتجابه عدة ساعات ويتماثل المريض الى الشفاء بعد ايام قليلة • ومع ذلك فان الكوليرا بعد ان تبلغ المرحلة الجليدية تنتقل عادة الى مرحلة اخرى تدعي (بمرحلة التفاعل)

Stage of Reacion

التفاعل: التيفوئيد الكوليرائية (cholera Typhoid)—

اذا تطور المرض الى هذه المرحلة تعود الحرارة الى سطح الجسم و يعود النبض و يمتلىء الوجه و يتلاشي الاضطراب و يعود اطراح البول و يقل الاسهال عددا و كمية و يصير لونه صفراويا واذا سكنت الاعراض المهمة للمرحلة الجليدية وحدث هذا التحسن العام في ظواهر المريض ظهرت الحمي وهي تختلف من حيث الشدة وتدل على حدوث التفاعل في الجسم والحمي الخفيفة تتلاشى بعد ساعات قليلة الا انها تشتد في الحالات الخطرة وتصير شبه الحمي التيفوئيدية من عدة وجوه ولذلك اطلق عليها اسم (التيفوئيد الكوليرائية)

وقد تحدث الوفاة في اثناء دور التفاعل باحد المضاعفات وهذه المضاعفات هي ذات الرئة او التهاب الامعاء والاسهال او الوهن او بالسبات والاختلاجات الناشئة عن تسمم الدم بالبول

يوجد فى الكوليرا تنوع عظيم فى الاوصاف والاعراض والشدة وذلك التنوع تابع لحالة الشخص ونوع الوباء ومن المقرر انه اذا حل وباء الكوليرا في احدي المناطق فان الاصابات الاولى تكون اعظم خطرا في حين ان الاصابات التى تقع فى اواخر الوباء تكون الطف شدة

وتقع الحالات السيارة (Ambulatory cases) فى اثناء الاوبئة جميعها وتنحصر اعراض مثل هذه الاصابات فى الاسهال والفتور في الجسم ولا يوجد اكثر من ذلك فلا

هناك انقطاع في البول ولا تغيير في لون البراز ولا يكون المرض مصحوبا بالتشنجات العضلية • و يزول تدريجيا بدون ان يبلغ مرحلة التفاعل •

وهناك نوع مهلك من الكوليرا يعرف بالكوليرا اليابسة (Cholera Sicca) يكون فيه الاسهال والقيء قليلين او معدومين ومع ذلك يأخذ المريض هبوط سريع بحيث يقتحم قواه كما يحدث عند تشبع الجسم بمقدار كبير من السموم فيموت بعد ساعات قليلة بدون ان يظهر فيه الاسهال او الاعراض التي تعقبه •

وتحدث الوفيات في الكوليرا بنسبة ٥٠ في المائة وقد تكون الكوليرا في بعض الاوبئة اعظم فتكا من غيرها وقد قدمنا ان الوفيات في مبدأ الوباء اعظم منها في اواخره و يتعاظم خطر الكوليرا اذا كان المصاب بها شخصا طاعنا في السن او صغيرا جدا او حاملا او مصابا بمرض عضوي ثقيل كمرض الكبد او الكلي او القلب او كان ضعيفا مهزولا •

التشخيص :

ليس من الصعب تشخيص الكوليرا في ابان شدة الوباء والاعراض المشخصة للكوليرا هي الاسهال الشبيه بماء الارز والهبوط وبرودة الجلد مع دبق فيه والزرقة وانكماش الوجه وتجعد جلد الاصابع في اليدين والقدمين وضعف وبحة في الصوت وبرودة في النفس والتشنجات وانقطاع البول وكثرة الوفيات • فهذه الاعراض تكفي لتشخيص الكوليرا على وجه العموم

غير ان الامر يشكل احيانا اذا كان المقصود تشخيص نوع الاسهال الذي يتفشى عند مبدأ الوباء فليس من السهل في هذه الحالة الجزم في هل هذا الاسهال هو حادث عن الكوليرا ام لا ومع ذلك فان الضرورة تقضي في مثل هذه الاحوال باصدار حكم عاجل وصحيح في التشخيص اذ يترتب على ذلك الحكم اتخاذ التدابير السريعة •

وقد تحدث اعراض مماثلة لاعراض الكوليرا الحقيقية في اثناء الاصابة بالاسهال الشديد وتلك الاعراض انما هي مألوفة جدا في اصابات الكوليرا نوسترا (Cholera nostra) الحادثة عن استيلاء الباشلوس كولي على الامعاء وهناك امراض اخري تشبه اعراضها اعراض الكوليرا وهي التسمم بالفطور والبتومائين وبعض انواع الملاريا الخبيثة الا ان الوفيات بهذه الامراض لا تبلغ ابدا الحد الذي تبلغه الوفيات بالكوليرا ويقال اجمالا ان اصابات الاسهال ان سببت الوفات بنسبة ٥٠ في المائة فهي منبعثة عن الكوليرا •

ومن النادر جدا في انواع الاسهال الاخرى ان يكون البراز فاقدا للاصباغ الصفراوية تماما وبصورة مستمرة كما يحدث في الكوليرا •

واذا فتش البراز تفتيشا مدققا فان هذا التفتيش يسفر عن معلومات لها قيمة كبيرة من وجوه اخرى هكذا فان من الممكن مشاهدة قطعات الفطور في البراز اذا كان الاسهال ناجما عن التسمم بالفطور • ومن الممكن ايضا العثور على دود التريشين عند وجود الاصابة به • وفي نوبات الملاريا الكوليرائية يهتدي الى معرفة سبب الاسهال بما للملاريا من اوصاف خاصة كوجود الطفيلي في الدم

وتناوب الحمى وشفائها بالكينين والى غير ذلك من الاوصاف •

ان وجود الباشلوس في الغائط يعتبر في الوقت الحاضر دليلا مثبتا لوجود الكوليرا ومع ذلك فمن التهور ان تجزم في نفي وجود الكوليرا في حالة من الحالات بمجرد كون البحث البكتريولوجي لم يتوصل الى اكتشاف الميكروب فيها فضلا عن ذلك ان مثل هذا البحث البكتريولوجي يجب ان لا يركن اليه الا اذا كان قد اجري من قبل اخصائي بارع في فن الباكتريولوجيا •

يجب اولا فحص الغائط فحصا مجهريا • اذا كان الميكروب موجودا بمقدار وافر فانه يكتشف في القطرة المعلقة بحركته اللولبية البراقة او بشكله الخاص الذي يوجد فيه في تحاضير الغائط الملونة بالكربول فوكسين •

فالتشخيص بهذه الطريقة وحدها يتم على وجه التقريب بحسب قول الدكتور كوخ بنسبة ٥٠ في المائة في الحالات التي تؤخذ تحت الفحص • والميكروب اذا كان كثيرا فيمكن زرعه رأسا على سطوح من الاغار القلوي او على منابت الاستاذ ديودونه (Dieudonné) بواسطة عروة البلاتين واذا كان الميكروب قليلا يجب — (١) ان يلقح ماء البيتون القلوي بملء عروة من البراز السائل وان يحضن لمدة سبع ساعات • (٢) يجب فحص كل قشرة وجدت في سطح المرق اما بنشرها فوق صفائح من الزجاج وتلوينها واما بطريقة القطرة المعلقة (٣) واذا كانت الميكروبات غير وافية بالمطلوب لقلتها فيجب تكثيرها وتقويتها بنقلها الى انبوب آخر من البيتون القلوي وحضنها مدة ست او ثماني ساعات اخري ثم نشرها فوق الاغار القلوي (٤) ان مستحاب المستعمرات Colonies الميكروبية المأخوذة من سطوح الاغار في الزرع الثاني يجب ان يتم فيها التلاصق Agglutination عند مقابلة مضاد المصل النوعي Specific antiserum وينبغي ان يتم ذلك بنسبة عالية

والتلاصق (اغلوتيناسيون) الذي يحدث بنسبة ١ : ١٠٠٠ را مع مصل جهز بصورة خاصه فهو من الدلائل القوية التي تشير الى وجود الميكروب الحقيقي للهيضة فاذا تم ذلك يجب الاستمرار في البحث عن ماهية هذا الميكروب بتفاعلات كيمياوية حيائية خاصة •

وانجاز الابحاث العلمية الكاملة في تعيين ماهية الميكروب امر يتطلب صرف الشيء الكثير من الزمن ولما كانت السرعة هي اهم الامور الجوهرية في تشخيص الكوليرا عند حدوث اصابة حادة فقد ابتكروا طرائق اخري سريعة الانجاز يتم بها التشخيص بصورة مضبوطة تقريبا ومن تلك الطرائق طريقة باندي Bandi's method وهي تتضمن حقن البراز المشتبه فيه في ماء البيتون الذي يحتوي على مصل محدث للتلاصق agulutinating فيه من القوة ما يكفي لالصاق باشلوسات الكوليرا • وهي مخففة بالماء بنسبة عالية • وقد قيل ان ميكروبات الكوليرا تتلاصق بهذه الطريقة وتولف جماعات ترى بالعين المجردة بعد زمن قصير من الحضانة لا يتجاوز الثلاث ساعات • فهذه الطريقة اذا استخدمت في تشخيص عدد

كبير من الاصابات يجب حتما صرف كمية كبيرة من المصل المحصن ·

وقد ذكر ديفيس (Davies) صورة معدلة لهذه الطريقة جربها غيره في التشخيص السريع للهيضة عند حدوث اصابة حاده او وجود شخص ناقل للمرض فكانت النتيجة وافيه بالمطلوب · وفوائد هذه الطريقة القصيرة السريعة واضحه جدا اذ يمكن بها الحصول على نتائج موجبة في عدد كبير من الاصابات في مدة قصيرة من الزمن كثماني عشرة ساعة وقد امكن لباحث واحد ان يفحص بهذه الطريقة اكثر من ٢٠٠ غائطا في اثناء شغل الصباح · واليك طريقة العمل :—

١ · لقح بملء عروة من البلاتين من الغائط محلولا من البپتون يحتوي على ١ في المائة من البپتون وواحد في المائة من كلورور الصوديوم واجعله قلويا واضحا عند مواجهة عباد الشمس (Litmus)

٢ • دعه في الحضانة لمدة ثماني عشرة ساعة •

٣ • ضع قطرة من الزرع الحاصل فوق لوحة الزجاج الموجودة في مقياس التلاصق (agglutinometer) المنسوب الى غارو (Garrow) واضف اليها قطرة من المصل المضاد للهيضة والمخفف بنسبة ١ : ٨ · فهذا المزيج الحاصل هو عبارة عن محلول من مصل الكوليرا بنسبة ١٦٠:١ ثم ضع في مكان قريب آخر قطرة من محلول الملح واضف اليها قطرة من زرع البپتون واجعل هذا المزيج دليلا للمقايسة · دور المحلول الاول ثلاث ساعات فاذا كان المكروب موجودا فسوف تحصل على تلاصق (اغلوتيناسيون) واضح •

و يمكن تحقيق هذا وتاييده بعدئذ بعمل التلاصق بواسطة محاليل من مصل الكوليرا متسامية في التخفيف واوصى بتجهيز قناني مسدودة بالمطاط تحتوي على مصل الكوليرا المخفف بنسبة ١:٨٠ و١:١٦٠ و١:٣٢٠ و١:٦٤٠ ويحفظ هذا المصل بعد ان يضاف اليه حامض الكربوليك بنسبة ٥ر٠ في المائة واذا تم التلاصق مع المصل المخفف بموجب النسبة الواطئة فمن الممكن بعدئذ اعادة التجربة مع الذي قد خفف بنسبة اعلا من الاولى ومن اللازم غسل اللوحة الزجاجية جيدا وتنظيفها بالكحول والاثر بواسطة منديل نظيف وامرارها من فوق النار قبل الاستعمال والا فان مخلوط الزرع والمصل لا يمتزجان جيدا فوق الزجاجة

٤ • يمكن بعد ذلك تجريد زرع البپتون بعروة البلاتين وغرسه فوق اغار كرانديروبولو (Crendiropoulo) (اغار قلوي) و بهذه الواسطة يحصل على زرع نقي · و مستعمرات الكوليرا تعرف بسهولة بواسطة شفافيتها ولونها السنجابي المائل الى الزرقة وبعد ذلك يجوز عمل التفاعل الهيمولايتيكي والسكري • وقد وجد ان ميكروبات الكوليرا اذا تلاصقت بتاثير المصل النوعي المخفف بنسبة عالية فهي دائما اظهر التفاعل الهيمولايتيكي والتفاعل السكرى وتفاعل الاحمر الكوليرائي وما يقال في صدد التشخيص اخيران المصاب باصابة مشكوك فيها اذا توفى قبل ان يهتدى الى معرفة المرض و يجب فتح جثته واخراج قطعتين من الامعاء الدقيقة طول كل منها نحو ٥ عقدات الواحدة تقطع من فوق الدسام الدقاقي

الاعوري مباشرة والاخرى من منتصف الدقاقي وترسل هاتان القطعتان بالسرعة الممكنة الى المختبر بعد وضعها في محلول الملح ·

ولا يمكن الحصول على تفاعل التلاصق في مصل الدم في دورة المرض الحادة ولكنه يوجد بعد بدء المرض بثمانية اوعشرة ايام و يبلغ حده الاقصى في اربعة اسابيع ·

التشخيص التفريقي

وربما اقتضى تفريق الكوليرا عن التسمم بالغذاء وهو الذي يشبه الكوليرا احيانا مشابهة قريبة الا ان سير الاصابة في التسمم بالغذاء قد يدل على ان بضعة اشخاص قد اصيبوا دفعه واحدة بعد ان تقاسموا صنفا واحدا من الطعام وخاصة الطعام الذي قد وضع ضمن العلب · وقد قيل ان اللوكوسيتوز معدوم في التسمم بالطعام في حين انه موجود في الكوليرا منذ الادوار الاولى • والملاريا الكوليرائية والجليدية قد تشبه الكوليرا مشابهة تامة وكذلك الزحار الباشلسي اذا هجم على الجسم فجأة فانه يماثل الكوليرا من حيث انطلاق البطن واعراض اخرى بينما ان التسمم بالزرنيخ يماثلها من حيث القيء الغزير الذي يظهر في مقدمة الاعراض ·

المعالجة

قد جرت العادة في البلاد التي يتفشى فيها وباء الكوليرا ان تؤسس مستودعات فيها من المسكنات والقابضات لاجل مداواة الكوليرا توزع مجانا في زمن امتداد الوباء وقد وجد ان الكلورودين (chlorodyne) مفيد في صد تقدم المرض اذا استعملت منه جرعات صغيرة كعشر قطرات او خمس عشرة قطرة ·

التدابير المساعدة · — يجب ان يكون وضع المريض افقيا في فراش ساخن وغرفة ليست باردة كثيرا ويجب ان يعالج العطش بامتصاص الماء المثلج او ماء الصودا والشمبانية او الكونياك مع الماء · ولا يستحسن الشرب الكثير اذ انه ربما كان سببا لحدوث القيء ولا يجب ان يفهم من ذلك ان القيء مضر بل انه يساعد على خروج الميكروبات والسموم من الجسم ويعالج التشنج بواسطة الدلك اللطيف باليد او بمحلول الزنجبيل (العرق الحار) او بواسطة حقن المورفين قليلا تحت الجلد · واذا لم تفلح هذه الوسائط يعطى شيء من الكلوروفورم و يجب ان يكون جلد المصاب جافا و يتم ذلك بتجفيف الجلد بواسطة خرق ساخنة وجافه ويجب المحافظة على حرارة سطح الجسم بواسطة قناني تحتوي على الماء الساخن او طابوق من الفخار محمى بالنار يوضع حول القدمين والساقين والخاصرتين · ولا يجب ان يسمح للمريض بان ينهض من فراشه لقضاء حاجته بل تستعمل لهذا الغرض (قعادة) ساخنة توضع تحت المريض وهو نائم في فراشه ويجب رفع قدم السرير وينبغي ان يمسك المريض عن الطعام مهما كان نوعه عندما يكون المرض في ابان حدته

الزيوت الاساسية · — قد اوصى في الايام الاخيرة استعمال مزيج من الزيوت الاساسية في معالجة الكوليرا نورد تركيبه فيما يلي :

Rp :
Spt aethet m xxx
OL. caryoph m v
OL. cajup m v
OL. junip m v
Acid sulph aromat, m xv

يؤخذ هذا العلاج درهم Drachm واحد في اوقية ounce من الماء مرة في كل نصف ساعة

ومعدل مايؤخذ من العلاج من حيث المجموع ثمانية دراهم .

يجب اعطاء هذا المزيج حالا اذا امكن ذلك وقد قيل ان العلاج اذا اعطي بعد سبع ساعات من بدأ اعراض المرض فانه يشفى المريض بنسبة ٩٥ في المائة ويغلب العلاج حالا على القيء والاسهال ووجع البطن ولا يحتاج المريض بعدئذ الى اعتناء خاص في الحمية . فمن الواضح اذا ان هذه الطريقة تنفع جدا في معالجة المرض ابان تفشيه لانها لا تستلزم مراقبة المريض . الكائولين . — يعطي الكائولين بمقدار ٢٠٠ غرام في ٤٠٠ غرام من الماء دفعة واحدة واذا كان هناك قيء فيحسن تكرار العلاج بنفس المقدار على ان يؤخذ شيئا فشيئا . وعمل الكائولين هو امتصاص السموم التي تفرزها الميكروبات وليس له تاثير على الميكروبات نفسها ولذلك فمن الممكن ان ينتكس المرض .

علاج (روجر) . — اورد الدكتور (روجر) طريقة لمعالجة الكوليرا تتضمن حقن محلول هيبرتونيكي من الملح ويدعي ان الوفيات بهذا المرض قد تناقصت جدا بعد ادخال هذه الطريقة بين اساليب المعالجة ولما كانت الاوردة قد تكمشت بفعل المرض فانه من الضروري قطع الوريد ليتسنى ادخال قناة المحقنة اثناء عملية الحقن وقد بنى روجر طريقته هذه على فرضية واحدة وهي ان المرض لا يعمل فقط على تقليل محتويات الدم من الماء الذي ينقص في هذه الحالة الى حد الثلث او الثلثين على ما هو في الحالة الطبيعية او اكثر بحسب شدة المرض بل انه ايضا يعمل على ازالة المركبات الملحية فيضحي الدم فاقدا لما فيه من الماء والملح معا . واما المحلول الهيبرتونيكي الذي سبق ذكره فهو مركب من المواد الاتية : كلورور الصوديوم ١٢٠ غرام ، كلورور البوتاسيوم ٦ غرامات ، كلورور الكالسيوم ٤ غرامات ، ماء معقم Pint واحد اي ١٢٥ درهما . ويجب ان تكون حرارة السائل بدرجة ١٠٠ فهرانهايت اذا كانت الحرارة في المعي المستقيم تحت ال ٩٩ فهرانهايت واذا كانت هذه الحرارة متجاوزة لدرجة ١٠٠ فهرانهايت يجب ان يكون السائل المعد للحقن بين درجة ٨٠ و ٩٠ فهرانهايت وذلك اتقاء من ارتفاع الحرارة في الجسم . ويجري الحقن داخل الوريد بمعدل ٤ اونسات في الدقيقة ولا يجوز ان يتعدي ذلك واذا حدث من ذلك ضيق او صداع ينبغي ابطاء سرعة الحقن وتخفيضها الى اونس واحد في الدقيقة . ويجب ان يعطي من السائل مقدار ثلاث او اربع (Pint) او ٥٠٠ درهما اذا امكن وعلاوة على ذلك فأن الدكتور (روجر) يعطى المريض محلولا او حبا من برمنغنات البوتاسيوم الى اكثر من ٥٠ قمحة (grain) في اليوم وذلك لاتلاف السموم التي تتكون في القناة الهضمية ويقسم هذا المقدار الى جرعات تساوى الواحدة منها قمحتين تعطي مرة في كل ربع ساعة ويستمر على ذلك لمدة ساعتين ثم تعطي مرة في كل نصف ساعة الى ان يكون البراز اخضرا وتوجد من هذا العلاج حبوب جاهزة مصنوعة مع الوازلين وملبسة بالسالول

وان الدكتور روجر يشفع حقن ماء الملح بحقن الاتروبين تحت الجلد صباحا ومساء بمقدار واحد في المائة من القمحة

وقد حصل الدكتور كوكس Cox في (شانغاي) على نتائج حسنة من حقن محلول الملح الايزوتونيكي Isotonic داخل الوريد بصورة بطيئة ومستمرة . وقد حقن السائل بواسطة جهاز خاص مرتفع عن مستوى ذراع المريض بقدمين ونصف قدم يسيل منه العلاج بمعدل اونسين في الدقيقة لبضع ساعات الى ان يرتفع خطر الهبوط . وقد يحسن مزج ماء الملح بالجلوكوز بنسبة ٥ في المائة فهو ينفع جدا في حالات انقطاع البول

وفي دور الهبوط (كولابس) يكثر انقطاع البول ويجب التذرع بجميع الوسائل لارجاع الضغط الدموى الى حده الطبيعي و ينفع استعمال خلاصة الغدة النخامية في دور التفاعل وتعطي هذه الخلاصة حقنا تحت الجلد بمعدل نصف سنتيمتر مكعب او سنتيمتر مكعب واحد مرتين او اربع مرات في اليوم . و يستعمل ايضا الادرينالين الا ان مفعوله وقتي . و ينفع استعمال ليمونات الكافئين بمقدار ٥ حبات فهو يقوي القلب و يعمل على اطراح البول . و يجوز اعطاءه ثلاث او اربع مرات في اليوم . و يستعمل كمساعد لهذا العلاج مركب يحتوى على ٥ مينيمات من صبغة الاستروفانتوس يعطى ثلاث مرات في اليوم . وفي حالات انقطاع البول تماما ينفع عمل الحجامة الجافة فوق الناحية القطنية صباحا ومساء فبهذه الوسيلة يعود البول الى الاطراح والحجامة ينبغي ان تعقب بضمادة حارة راطبة .

وفي دور التفاعل اذا كان قد استمر الاسهال فيفيد استعمال جرعات كبيرة من صاليسيلات البزموت مع قليل من الافيون . واذا لم يعد اطراح البول سريعا الى درجة كافية ينبغي وضع لبائخ حارة كبيرة فوق الخاصرتين والصلب واجراء الحجامة اليابسة فوق هذا الموضع و يجوز زرق الديجيتالين بمقدار واحد في المائة من الحبة لانهاض قوة القلب . و يجب البحث دائما عن احتباس البول بفحص ناحية المثانة وتستعمل القسطرة عند اللزوم لاخراج البول و يجب الحذر من استعمال المسهلات عند حدوث القبض والاستعاضة عنه بعمل الحقن الشرجية فقط

وفي النقاهة من الكوليرا يجب ان يكون الغذاء بسيطا جدا ومؤلفا من مواد قابلة للهضم — حليب مخفف بالماء وماء الشعير وماء الارز ومرق اللحم وما اشبه ذلك و يجب التيقظ تماما عند العودة الى الطعام المعتاد

واما التيفوئيد الكوليرائية فيجب ان تعالج بحسب الطرق المألوفة في معالجة الحمى التيفوئيدية

احتياطات التمريض

يجب على الذين يتولون العناية باصابات الكوليرا ان لا يذهلوا عن امر مهم وهو ان امثال هؤلاء المصابين خطر على الجمهور وان برازهم يحتوى على الميكروبات وقد يبقى كذلك الى مدة خمسين يوما بعد الاصابة بالمرض . وعلاوة على ذلك يجب ان يعلموا ان الجراثيم وان

هلكت في بضع ساعات في الجفاف فانها تحافظ على حياتها عدة ايام في الاماكن المرطبة وانها قد تعيش في الماء او الارض المرطبة لمدة اربعة اشهر بحالة السابروفيت وهي لاتهلك بالبرد المعتاد ولاجل ذلك يجب تطهير ثياب المصاب حالا بواسطة محلول من الكريزول (Cresol) في الماء بنسبة اثنين ونصف في المائة او اتلاف تلك الثياب ويجب اتخاذ جميع التدابير اللازمة لمنع وصول الجراثيم الى الابار والمياه التي يستقي منها الجمهور والاوعية والاواني التي تستعمل للشرب او الطعام . ولا يجب الذهول عن فعل الذباب والحشرات في نقل المرض .

واذا تلوثت الارض بالقيء او البراز يجب تطهيرها بالكريزول او جرفها مع الرماد ثم احراقها بواسطة البنزين ويجب ان يطهر ماء الابار وماء الشرب في زمن الوباء بواسطة برمنجانات البوتاسيوم بنسبة ٦٠ حبة من برمنجانات البوتاسيوم في غالون واحد من الماء . ويجب ان يترك الماء لمدة اربع وعشرين ساعة حتى يزول لونه وتنزع منه جميع النباتات والحيوانات المائية بواسطة التصفية

التدابير الواقية :

الحجر الصحي : — يجب ان يكون الحجر الصحي نظريا من الوسائل الكافية لمنع دخول الكوليرا بين احد الجماهير وقد ثبت عجزه عن ذلك عمليا ولا يستخدم نظام المحاجر الصحية الا قليلا على شرط ان يطبق بكل صرامة ودقة فيها بلغت منزلة الشخص من العناية والذكاء والاستقامة في اخراج الاشخاص الذين قد اصيبوا فعلا بالكوليرا او الذين يحتمل ان يصابوا بها بعد زمن معين فلا يوجد الان ما يضمن عدم دخول الجراثيم الى المنطقة المراد صيانتها .

ويطرح الناقهون من المرض كميات من الجراثيم مع برازهم حتى اليوم الرابع والاربعين من بعد زوال المرض . ويدعى هؤلاء بحملة الجراثيم ويحتم لاجل معرفتهم العمل بموجب التعليمات التي سردناها عند البحث عن طريقة ديغنس في تشخيص اصابات الكوليرا ويجب فحص الغائط بهذه الطريقة في جميع الاشخاص الذين قد سبق لهم اتصال بالمصابين ويحسن اعطاء قليل من الكالومل قبل الفحص لانه يسهل خروج محتويات الامعاء الدقيقة وبذلك يسهل العثور على الجراثيم المرضية في البراز . هذه هي الطريقة العلمية الوحيدة لادارة محجر صحي يركن اليه .

واما المحاجر الصحية العادية فانها مع كونها عاجزة عن القيام بالدفاع ضد الكوليرا ، ربما كانت بالفعل سببا لاستفحال شر الوباء وذلك لانها تربي في النفوس شعورا باطلا في الامن والطمانينة وتؤدي الى اهمال العوامل التي ثبت في جميع العالم انها ضامنة للصحة العامة كالنظافة البيتية والبلدية والشخصية والاعتناء بنظافة الماء والطعام . وفضلا عن ذلك فمن المحتمل ازدياد حاملي الجراثيم بنتيجة الاتحاد الصحي الذي يتم بين عدد كبير من الاشخاص الذين يعيشون في محطات المحاجر الصحية

ويظهر ان النظام الذي تحصنت بفضله بريطانيا العظمى عن المرض ابان الوباء الذي تفشى مرارا في القارة الاوربية

هو اوفق الانظمة واسهلها تنفيذا في المناطق المتمدينة . وهذا النظام يقضي فقط بتوقيف البواخر التي تنقل او قد نقلت حديثا مصابين بالكوليرا وينحصر التوقيف في هذه البواخر وهذا ايضا لايدوم طويلا بل انه ينتهي بعد تطهيرها تطهيرا تاما وبهذه الوسيلة كانت المشقات والخسائر التي يتكبدها المسافرون والتجار قليلة كما ان محاولة اخفاء الاصابات بالمرض او الافلات من القيود التي يفرضها النظام قد تناقصت تناقصا نسبيا . وكانت تعزل جميع اصابات الكوليرا في مستشفيات ملائمة واما ما بقي من المسافرين والبحارة فانهم وان كانوا تابعين للمراقبة لمدة من الزمن فهم يتمتعون بحرية العمل . وفي ذات الوقت كانت العناية منصرفة الى صحة المدينة وخاصة الموانئ . الامر الذي لم تكن قد انصرفت عنه الافكار اصلا واما الاصابات المشتبهة التي تقع في الشواطئ والبر فكان يرفع امرها الى المراجع الصحية حالا فتتخذ هذه المراجع التدابير السريعة لاتلاف او تطهير جميع الملابس او المواد التي تنقل المرض متخذة ما يمكن اتخاذه لتقليل التعب والضرر المادي اللذان يلحقان بالاشخاص من جراء ذلك العمل . وعلاوة على ذلك فقد بذل اقصى ما يمكن بذله من الاهتمام في صيانة المياه العمومية عن التلوث بالقاذورات

وفي السنين الاخيرة قد جرت التدابير الواقية في الهند على نفس هذا النظام فكان الاهتمام منصرفا الى حفظ الصحة وليس الى المحاجر الصحية فقد اتجهت العناية الى اقصى ما يمكن الوصول اليه للمحافظة على الصحة العامة ايام الاحتفالات الدينية الكبيرة وقد بذل اهتمام خاص في تدبير مياه جيدة للشرب والاستحمام وتتمتع الان معظم المدن الكبيرة في الهند بمياه غزيرة نقية

ويظهر ان مزيج الزيوت الاساسية للدكتور تومب Tomb الذي سبق ذكره في بحث العلاج يفيد جدا في الوقاية من المرض اذا استعمل درهم واحد منه في نصف اوقية من الماء يوميا وفوائده في هذا الخصوص ربما كانت لصيانة جميع افراد العائلة من المرض عند اصابة احد افرادها

دور الحضانة . — يجب ان تعلم جميع المحاجر الصحية والمؤسسات الواقية ان الكوليرا وان ظهرت بعد التعرض للاصابة بساعات قليلة فانها قد تتاخر الى اي يوم بين اليوم الذي تتصل فيه العدوى واليوم العاشر بعد اتصالها ومن حيث العموم ان معدل امتداد زمن الحضانة هو ستة ايام .

لقاح هافكين . — Haffkine's Inoculation

قد جهزوا في ايام الحرب عدة ملايين من هذا اللقاح المضاد للهيضة فكانت الجرعة الاولى من هذا اللقاح نصف س م ٣ من مستحلب يحوي على ٤٠٠٠ مليونا من الميكروبات تردف بعد سبعة او عشرة ايام بجرعة اخرى مقدارها ١ س م ٣ وتحتوي على ٨٠٠٠ مليونا من الميكروبات وقد دلت التجارب على انه يمكن احتمال هذه الجرعات بسهولة ولو كانت اعظم مقدارا مما ذكر . ويحدث في موضع التلقيح تفاعل هو من حيث العموم عبارة عن شيء بسيط وربما تجاوز التفاعل هذا الحد فاحدث انتفاخا واحمرارا وموجعا في موضع الابرة قد يعقبه اضطراب في الاعضاء ولكن ذلك من النوادر .

والمناعة التي يمنحها هذا اللقاح لايظهر انها تدوم طويلا

ويستمر بقاوها الى ثلاثة او اربعة اشهر وليس اكثر من ذلك والتجارب التي اجريت بعد ذلك وخاصة التي اجريت في ابان حرب البلكان في عام ١٩١٣ وفي باتافيا Batavia في عامي ١٩١٥ و ١٩١٦ وفي اثناء الحرب العامة فانها كلها كانت بعيدة من ان تصدق الفكرة السائدة قديما فيما يختص بفوائد لقاح هافكين ٠

التحصين بطريق الفم ٠ — يجري الآن استعمال التطعيم بطريق الفم في روسيه على اثر اقتراح قدمه الاستاذ بزردكا (Besredka) واقتضى الضرورة في روسية بتحصين عدد كبير من الاهلين وهذا ما حدى بالاستاذ الى تقديم اقتراحه هذا واما القول في هل هذه الطريقة اشد مفعولا من التي ذكرناها آنفا فهو قول سابق لاوانه ٠ ويصنع هذا الفاكسين من تعليق (Suspension) سميك من الجراثيم التي قد اهلكت بالحرارة ومن حامض الفنيك او الكحول ونعطي منه مرة في كل يومين من ٣ الى ٥ جرعات وتتالف كل جرعة من ١٠'—١٠٠ مليارد من الجراثيم او ٠،٠١ — ٠،١ من الجرام من الجراثيم الجافة

الوقاية الشخصية ٠— يجب الاعتناء التام بالصحة العامة اثناء الوباء ٠ ويجب مكافحة اي شعور يدل على الضعف كالخوف والواهمة وينبغي الابتعاد عن التعب والبرد والافراط في المعيشة وخاصة الافراط من الاكل والمشروبات الكحولية ويجب ان تؤجل اذا امكن الزيارة التي تؤدى الى احد الاصدقاء المصابين بالكوليرا ٠ ومن الخطر تناول الفواكه الفجة او الناضجة كثيرا او المأكولات التي خربت وتغير تركيبها او ما يماثلها من جميع المواد التي توقع الاعضاء الهاضمة في الاضطراب وتؤدي الى الاسهال٠

ولا يجوز ابدا اخذ المسهلات وخاصة الملح في هذه الايام (ايام الوباء) الا في احوال خاصة ويجب غلي جميع المياه سواء كانت هذه المياه تستعمل للشرب ام لغسل الاواني التي تستخدم لاحضار الطعام ٠ ويحسن استعمال ثاني كبريتات الصوديوم Sodium Bisulphat لتعقيم الماء الذي يستخدمه الانسان لشخصه في قناني مسدودة لان ثاني كبريتات الصوديوم يطرد من تركيبه حامض الكبريتيك وهو قاتل لجراثيم الكوليرا٠ ويضاف من هذه المادة غرامين الى واحد وثلاثة ارباع بنت (Pint) من الماء ولا يعول كثيرا على المرشحات في تعقيم الماء الا اذا كانت من نموذج (باستور — شامبرلاند) والمرشحات المعتادة ربما كانت في كثير من الاحوال سببا لتلوث الماء بدلا من ان تعمل على تطهيره٠ ومن التدابير التي يحسن اتخاذها سواء كان في البيوت او في المحلات العامة ان تجهز للشرب كميات وافرة من مغلى الشاي الخفيف على ان يجدد في كل يوم فهذا التدبير يضمن على ان الماء قد اغلي على كل حال٠ واخيرا يجب صيانة جميع الاطعمة عن الذباب ومعالجة جميع حالات الاسهال في زمن الكوليرا معالجة دقيقة

اقوال المجلات الطبية الاجنبية

اضطرابات السلوك في الاطفال

Disorders of conduct in children

استعرض الدكتور وايل I. S Wile اشهر الاسباب

التي تفضي الى اخلال سلوك الاطفال (في مجلة الجمعية الطبية الاميركية ١٧ ابريل ١٩٢٧ ص ١٢٢٢) وانتقد المعالجة التي تنحصر في ازالة الاعراض الواضحة التي هي في اغلب الاحيان ليست سوى ظواهر لاضطراب كامن في البدن ويقول ان من الضروري في جميع الانفعالات النفسانية ان نميز بين العوامل التي افضت الى الاضطراب والظواهر التي نتجت عنها ٠ وهناك عوامل تشترك في توليد الحالة التي نحن في صددها وهي الميول الموروثة ومعايب مادية وفعلية في الاعضاء وعجز عن التآلف مع المحيط وافراط او تفريط في اشراف الابوين وتنبعث الحالة غير الاعتيادية في الطفل عن واحد او اكثر من هذه العوامل٠ ويقول الطبيب المذكور انه من المفيد تحقيق ما اذا كان الاضطراب في السلوك عرضيا ام دوريا ام اعتياديا ٠ وهناك امر واقع تترتب عليه مشاكل اخرى وهو ان الطفل ليس عبارة عن كائن مادي فقط بل انه بشر ايضا ومن الضروري ان نفهم بان الالفة تلعب دورا في خلق الصعوبات للاشخاص وعلى ذلك يجب ان يتلقى الطفل دروسه في البيئة التي نشأ فيها ولا ولا يجب ان يكون بعيدا عنها ومعنى ذلك ان وجود الطفل في مجتمع لا يجوز ان يكون الا اذا كان ذلك المجتمع مؤلفا من جماعة لا تفرقه عقلا ومنزلة لان هذا التفوق من الاسباب الجوهرية التي تولد الاضطراب في نفس الطفل ومهما بلغ النقصان في عقل الطفل فان النقصان لا يعتبر في تعليل الاسباب اعظم شأنا من وجود من يفرقه في الملكات العقلية ٠ ويفتكر الدكتور وايل ان طريقة الجمع بين الاطفال التي تسير عليها المدارس النفسية التحليلية هي اقيسة ثمينة ولكنها لا تنطبق على اي طريقة من الطرائق الخاصة التي تسير بموجبها الاعمال الطبيعية وقد زاد على ذلك قائلا اننا اذا عللنا تلك الحالة في الاطفال بتأخر في التشكلات البدنية نكون قد وصلنا الى نتيجة انفع مما لو ذهبنا الى ان السلوك هو من الظواهر التي تحتمها التربية ٠ ويحتاج كل طفل الى تعليم معقول خاص به وان المعالجة يجب ان تتجه الى الطفل والبيئة معا

معالجة ذات الجنب الصديدي التدرني

Treatement of Tuberculous Empyema

قد سجل كوصاد (Caussade) وتارديو (Tardieu (في مجلة جمعيته فن المعالجة الصادرة في ٩ مارت ١٩٢٧ ص ٧٠) خمس اصابات بذات الجنب الصديدي التدرني عثرا عليها في اشخاص تتراوح اعمارهم بين ١٦ و ٤٥ سنة وقد عولجت تلك الاصابات بحقن مزيج خاص داخل الغشاء الجنبي (بلورا) وهذا المزيج مؤلف من المواد الآتية : اغرام يودوفورم) ١٠ س٣م اثر كبريتي (Ether Sulphuric) و ١٠٠ س٣م من محلول الاتيل موررواث (Ethyl Morrhuat) في الزيت بنسبه ٢٥ في المائة ٠ وكان الغرض من هذه المعالجة توحيد التأثيرات التي تحصل من اليودوفورم وزيت الحوت والضغط على الرئة ولا يخفى ان الاول مضاد للتعفن والثاني من الادوية المقوية للبدن فاذا اجتمعت هذه المؤثرات الثلاثة امكن الحصول على العوامل المطلوبة في شفاء هذا المرض ٠ وفعلا قد امكن بهذه الطريقة رفع المرض تماما في ثلاثة اصابات وقد تحسن المرض تحسنا ظاهرا في اصابة اخرى ٠

علاج عضة الافعى

Treatement of Snake-Bite

جاء في (مجلة العالم الطبي الياباني ١٥ فبراير ١٩٢٧ من ٣٥٠) ان الدكتور وادا (H. Wada) قد قام بسلسلة من الابحاث التجريبية في صدد معالجة عضة الافعى ببرمانغانات البوتاسيوم والهيدروجين بروكسايد . وكانت النتيجة ان كلا المادتين تتلف سم الافعى في انبوب الزجاج وقد استخدمت الارانب في تلك الابحاث وتبين ان هذه الافاعي اذا لدغت هذه الحيوانات فانه من الممكن تخليصها من الموت اذا حقن لها في موضع العضة محلول من البرمانغانات بنسبة نصف او ١ في المائة في ظرف سبع ساعات ويمكن الحصول على نفس النتيجة باستعمال الهيدروجين بروكسايد بدلا من البرمانغانات على شرط ان يستعمل في خلال تسع ساعات بعد العضة ولم يحدث من حقن هذه المواد اي عارض موضعي ماعدا نزيف قليل وقد وجدان استعمال اللوبلين (Lobeline) والكافور حقنا تحت الجلد مما يفيد في اطالة الحياة وليس في شفاء الحالة غير ان حقن هاتين المادتين مما يساعد تاثير برمانغانات البوتاسيوم او الهيدروجين بروكسايد وعليه فانه يعين على انقاذ الحياة

الانسولين في القيء الذي يحدث اثناء الحمل

جاء (في مجلة السريريات الباطنة الالمانية Medi Clinic) ان الدكتور ساكس (E. Sachs) قد حصل على نتائج باهرة من استعمال الانسولين في القيء الذي يحدث اثناء الحمل و يستعمل عند الضرورة اي عندما يمسي القيء سببا للضعف الشديد وعندما تفشل جميع الوسائل في ايقافه . و يستعمل من العلاج اولا ٥ وحدات (Units) مرة في كل يومين ثم يتدرج الى ٢٠ وحدة في اليوم . ولم يحصل من استعماله هذا اي محذور كان والتحسن يظهر حالا فينقطع القيء و يصطلح الهضم وتزداد الشهية للطعام . ولم تزل طريقة تاثير العلاج مجهولة .

في تشخيص السرطان المعدى

نشرت مجلة جمعية العلوم الطبية التي تصدر في مونبليه في فرانسة مقالا للدكتور بوايش « Puech » لفت فيه الانظار الى بعض الاعراض التي تشير الى بدء السرطان المعدى ومن جملة تلك الاعراض فقد ان الشهية للطعام و يوجد بنسبة ٨٠—٩٠ في المائة من الاصابات بالمرض ويستعصى على كل علاج وخلاف ذلك يوجد غالبا الم ولكنه غير شديد وهو عبارة عن ثقل في المعدة اكثر مما هو الم و ينتشر الى اليسار (المراق الايسر) ولا تخف وطأته بالقيء ويخرج بالقيء مواد مخاطية غير حامضية وربما كانت تلك المواد دما او طعاما خاصة عندما يصاب البواب بالآفة ويحصل القيء صباحا و يضاف الى ذلك اضطراب في جهة الامعاء هو القبض او الاسهال او انطلاق دموي واعراض عمومية كضياع وزن البدن والضعف وشحوب اللون . ولا يمكن ادراك الورم باليد

عندما يكون المرض عبارة عن سوء هضم فقط وهناك نقاط يجب الانتباه اليها وهي عمر المريض وفقدان اي سبب مورث لاضطراب المعدة او اي حكاية يستدل

منها على وجود عسر في الهضم سابقا . فاذا كان هناك مايدل على وجود قرحة مزمنة قديمة قد انقلبت الان الى السرطان فاننا نرى ان العلاج الذى كان يفيد المريض في السابق قد عجز الان عن تسكين المرض . وربما كان فتح البطن غير قادر على الجزم في التشخيص في جميع الاحوال لان ضخامة العقد توجد سواء كانت الحالة قرحة بسيطة ام سرطانا الا ان لون العقد في الحالة الاولى احمر وفي الحالة الثانية ابيض وتكون المعدة في السرطان باهتة اللون وتكون سميكة عند وجود القرحة البسيطة

العجز في الافرازات الداخلية يسبب امراض الاذن

اورد الدكتور دروري (W. Drury) في مجلة الامراض الحجرية والاذنية الامريكية — اصابتين بطنين الاذن والدوار ونمب في الجسم قد شفيتا بخلاصة الغدة الدرقية واشار الى احتمال حدوث امراض الاذن بسبب تاخر الغدد الداخلية عن العمل وفي حادثة اخرى كانت امراة قد اصيبت بانسداد (بوق اوستاش) وتثخن في الاغشية المخاطية للجيوب وقد استعملت للمعالجة خلاصة الغدة الدرقية فاسفرت عن فوائد واضحة وقد شوهد مريض رابع وهو رجل يشكو من صمم يعتريه احيانا ويدعه احيانا اخرى وكان مضطربا من طنين شديد في الاذن والتهاب في المفاصل ووهن في الاعصاب (نوراستينا) وكانت صحته قد تحسنت ايضا بنفس العلاج وكان المريض الخامس امراة متزوجة لها من العمر ٣٠ سنة كانت لاتسمع جيدا ومضطربة من الاكزيما في داخل القناة السمعية وقد تحسنت هذه الاعراض تحسنا ظاهرا بعد ان اضيف الى المعالجة الموضعية استعمال خلاصة الغدة الدرقية .

المشاهدات الطبية

رأينا من المفيد ان نفتح هذا الباب لتسجيل الحادثات المرضية المهمة التي يعثر عليها الاطباء المحترمين سواء كان في المستشفيات او في العيادات الخاصة في جميع انحاء القطر نرجو من القراء الكرام ان يوافونا بما تقع عليه انظارهم من تلك الحادثات او من كل ما يتوسمون به فائدة للجمهور الطبي العراقي من تجارب شخصية فيما يختص بطرق المعالجة مع بيان موجز عن المرض بصورة عامة وها نحن نبدا بنشر اهم المشاهدات الطبية التي اتصلت بالمستشفى الملكي في بغداد في الايام الاخيرة :

١ — الاكياس الديدانية .

كان من اهم ما عثر عليه في المستشفى الملكي في هذا الصيف الاكياس الديدانية او الهيداتيكية . وفي لايخفى ان هذا المرض ينشا عن نوع من الديدان يدعى باسم التنيا اكينوكوكوس Toenia Echinococcus وهو طفيلي الكلاب ويسكن في امعائهم الدقيقة ويكثر وجوده في ايزلانده وماعداها يوجد في اسيا خاصة في بلاد العرب وفي افريقيه — في الجزائر وتونس ومصر والكاب وفي امريكا — في الارجنتين والاوروغاي وفي اوستراليا — في فكتوريا والطاسمانيا

وهذه الدودة هي اصغر الديدان الشريطية ولها راس Scolex كروي غير منتظم يوجد في قمته بروز Rostellum يحمل فيما حوله صفين من الاشواك

يختلف عددها وحجمها · والدودة عنق قصير وسميك و يتالف جسمها من اربع حلقات Proglottides اطولها الاخيرة منها وهي الحلقة الوحيدة البالغة التى تصلح للتناسل وتحتوي عَلَى اكثر من ٨٠٠ بيضة · ويوجد في كل حلقة فتحة تناسليه موضوعة الى الجانب ولا تكون هذه الفتحات في جهة واحدة فى كل الحلقات بل انها تكون في حلقة واحدة في الجهة اليمني مثلا وتكون فى حلقة اخرى في الجهة اليسري وهكذا تتوالى وتنتهى كل فتحة تناسليه الى جيب واسع كمثري الشكل وهناك رحم انبوبي الشكل موضوع في الوسط والدودة بيض دقيق

ويتم نمو الدودة في الانسان بطريقين (١) التولد الداخلى Endogenous (٢) والتولد الخارجى Exogenous · فالنمو في النموذج الاول يحصل فى باطن الكيس ويتقدم نحو تجويف هذا الكيس واما في النموذج الثانى فهو يحصل في ظاهر الكيس و يسير الى الخارج ·

وتتكون من الكيس الاصلي اكياس ثانية ويتم تكوينه بثلاثة طرق هي:

(١) يتحول جانب من الطبقة الجرثومية الى كيس ينفصل من جدر الكيس الاصلى وينطلق فى تجويف هذا الكيس عائما في السائل الكائن فيه ·

(٢) تنفصل بعض الروس Scoleces فتنقلب الى اكياس وطريقة النمو هذه اكثر وقوعا اهمية واعظم من غيرها

(٣) تنسحب اجزاء من النسيج الجرثومى الى الظاهر فتد خل فى الطبقة البشرية لجدار الكيس الاصلى وتظهر منها في محيط الكيس حيث تولد اكياس ثالية تنفصل عن الكيس الاصلى · وتسمي الاكياس الثاليه بالاكياس البنات (Daughter–cyts) لتولدها من الام وهو الكيس الاصلي ·

وتتصل الدودة البالغة بجسم الكلب وابن آوي (الواوى) اذا اكل كل من الحيوانين شيئا من اشلاء الحيوانات ولا سيما فضلات لحم الغنم كالمصارين وغيرها من الاعضاء التي تحتوي على الدودة · ومتى بلغت الدودة معدة الكلب انهضم جدار الكيس وظهرت منه الدودة واستقرت في الامعاء الدقيقة

وتتصل الدودة بالانسان بملامسة الكلاب وتدخل البويضات في جوف الانسان عندما يأكل في نفس الماعون الذي اكل منه الكلب او عندما يقبل فم الكلب الملوث ومن الممكن ان تنتقل العدوى بواسطة الذباب الذي أخذ البيض من براز الكلب فوضعه عَلَى طعام الانسان

والاعراض التى تسببها الاكياس الديدانية مختلفة جدا وتتبع الموضع الذى يكون فيه الكيس · وقد تكون التوكسيميا من جملة اعراض هذا المرض فتشاهد في المريض الحمي والاورتيكاريا وطفح جلدى متنوع الشكل ثم ان الكيس اذا بلغ حده في النمو فانه يظهر وكانه ورما ويشاهد خاصة في الكبد وان الكيس اذا تمزق فهو يحدث اكياسا ثانوية في الاعضاء الاخري او قد يتحول الى صديد فيحدث التهابا بريطونيا عاما · وقد يوجد الكيس في الدماغ فتكون اعراضه مماثلة الاعراض الورم الدماغي واما اذا وجد في الكبد او الطحال او البريطون فتكون الاعراض مشابهة لاعراض الاورام الخبيثة · والاكياس الديدانية اذا استقرت في الرئة تكون اعراضها حادثة عن الضغط الذي

تجريه عَلَى الرئة · واذا وجدت في الكلي تظهر الكلى وكائنها مصابة بالهيدرونفروز ·

هذه هي الخلاصة التى نود ان نقدمها للقراء الكرام قبل عرض الحادثات المرضية التي شوهدت فى المستشفى الملكى من هذا القبيل · ويتضح من هذه الخلاصة ان الاكياس توجد فى اعضاء مختلفة من البدن اشهرها الكبد والكلي والطحال والرئة والبريطون وقد شوهد في المستشفى نموذج من كل من هذه الاصابات واليك بيان ذلك ·

الاصابة رقم (١) :

ريحينه بنت يوسف امراة عمرها ٣٥ سنة طلبت مشورة الدكتور دانلوب لمرض اصابها كان عبارة عن شكوي من الضعف والم خفيف في الجهة اليسرى من الصدر ونفث دموى قليل ففحص بدنها فى اوائل شهر اغستوس من عام ١٩٢٦ فلم يسفر الفحص عن نتيجة يبني عليها التشخيص فاجري فحص النفث الصدري من حيث التدرن فكانت النتيجة سالبة مع ان الفحص قد اعيد يوميا لمدة اسبوع بدون جدوى · وعندئذ فحص صدر المريضة باشعة رونتكن فى ٢٥ اغستوس ١٩٢٦ فوجد فى الرئة اليسري ورم بيضي الشكل واضح الحدود وكان موضوعا خلف القلب واعيد الفحص مرارا فى تواريخ مختلفة فوجدان الورم اخذ في الانساع بمرور الايام ومع ذلك لم يكن في ذلك الوقت الجزم في تعيين ماهية هذا الورم وكانت ظواهره تدلد عَلَى كونه ورما ليفيا شحميا كما اتضح من كشوف الدكتور نورمن الذى تولى اخذ الصور الشعاعية ولم يقف البحث عند هذا الحد بل اجري ايضا تفاعل فاسرمان للوثوق من عدم وجود السفلس الذى ربما كان باعثا لحدوث هذا الورم فكانت النتيجة سالبة بتاتا واجري تفاعل الكيس الديداني فلم يتضح مايدل على وجود الكيس وبقيت المسئلة غامضة ماينيف عَلَى العشرة اشهر وقد غاب الدكتور دانلوب عن بغداد بسبب ذهابه الى بلاده ولذلك لم يتمكن من الاستمرار في بحثه وبقيت المريضة مضطربة من مرضها حتي اتيح لنا يوما فحصها فاهتدينا الى كشف ساحة صغيرة في الجهة اليسرى من الصدر خلفا فيها اصمية بالقرع وقد انعدمت فى تلك الساحة الالغاط التنفسية فهذا كان دليلا عَلَى وجود السائل في تلك المنطقة الصغيرة وعندئذ تولى الدكتور وورد من مواصلة البحث عن هذه الحالة الغريبة واستقر الراى اخيرا عَلَى ان ذلك الورم انما كان كيسا ديدانيا وقد اجريت العملية عَلَى الصدر من قبل الطبيب المذكور في ٢٨ مايس ١٩٢٧ فاتضح حالا وجود الكيس واخرج وشفيت المريضة نهائيا وخرجت من المستشفي فى ١١ حزيران ١٩٢٧ فكانت هذه الحادثة حقا تستوجب التسجيل فسجلناها هنا مباهين بنشاط الاطباء المحترمين الذين تعاضدوا على كشف غوامضها

الاصابة رقم (٢) :

سالم بن محمد مضمد في المستشفى الملكى له من العمر ٢٥ سنة اصيب بالم في القسم الاعَلَى للجهة اليمني من الصدر اماما وقد اخذته حمي شديدة مع سعال ونفث غزير وقد بقي كذلك اكثر من ١٥ يوما على مانظن وهو يمشي على

عَلَى رجليه الى ان اشتدت وطأة المرض فلم يعد في وسعه احتمال المرض فسقط في الفراش عليلا وعندئذ نام في قسم الامراض الداخلية في المستشفى وعند فحص البدن تبين وجود اصمية بالقرع في النصف الاعلى من الجهة اليمنى من الصدر اماما مع فقدان الاغاط التنفسية والاهتزاز الصوتي فكان هذا دليلا عَلَى وجود سائل في النصف الاعلى من الرئة اليمنى . اجري الفحص باشعة رونتكن فوجد في نفس المنطقة ورم بيضي الشكل بحجم راس الطفل الصغير كانت ظواهره تدل عَلَى انه كيس ديداني فاجريت العملية في ١١ تموز ١٩٢٧ وظهر ان التشخيص كان صحيحا فاخرج الكيس وتعافي المريض تماما وخرج من المستشفى في ٢٧ من ذلك الشهر وهو لم يزل متمتع بالصحة التامة .

الاصابة رقم (٣) :

قادر بن رشيد من الثون كوبرى له من العمر ٢٦ سنة جاء يشكو من الم في المراق الايمن بدا منذ سنتين ثم اعقبه ورم صغير بحجم البرتقالة اخذ ينمو على مر الايام بدون حمى ولا الم شديد حتى اصبح كبيرا

ولما اجري فحص البدن لم يوجد في منظر الجسم ونموه ما يدل على الهزال والضعف ولكن شوهد ورم بارز من تحت القوس الضلعي الايمن وكان متجاوزا لهذا القوس بقدر خمسة اصابع عَلَى الخطوط القصي وقرب القصي والثديي . وكان الورم مرن بالجس يشبه المطاط يتحرك بين اليد غير مؤلم بالضغط وكان يتحرك مع الحركات التنفسية ونوجد في سطحه عجر اى بارزات وبخلاف ذلك كانت توجد عقد عديدة بحجم الليمون في الحفرة الحرقفية اليمنى وفي الاربيه اليسري .

فهذه الاوصاف في الورم كانت تبعث الى الذهن فكرة الاكياس الديدانية فاستقر الرأى حالا على اجراء العملية فقام باجرائها الدكتور صائب شوكت وما كان اشد الاستغراب حينما وجدت في الكبد اكياس ديدانية عديدة قد انتقلت عدواها الى البريطون فاحدثت هناك ما يربو عَلَى الخمسة عشر كيسا اخرج جميعها في ١١—٧—٩٢٧ وتعافى المريض وخرج من المستشفى في ٢٤—٧—٩٢٧ .

الاصابة رقم (٤) :

فطومة بنت عداي من اليوسفية عمرها ٧٠ سنة جائت الى المستشفى في ٨ مايس ١٩٢٧ تشكو من ورم ممتد من المراق الايسر الى الناحية الشرسوفية وقد حصل لها ذلك منذ ستة سنوات ولما اجري الفحص عليها وجد في تلك الناحية ورم غير منتظم بحجم راس الجنين وكان متصلا بالطحال

وكانت الظواهر العامة تدل عَلَى وجود الاكياس الديدانية في الطحال فاجريت العملية في ١٤ مايس ١٩٢٧ فوجد ان التشخيص كان صحيحا حيث اخرج من الطحال كيس ديداني كبير . ولم تزل المريضة في المستشفى ولكنها متماثلة الى الشفاء .

الاصابة رقم (٥) :

عيدة بنت عبد من يعقوبة لها من العمر ٣٥ سنة جائت الى المستشفى في ٢٧ تموز ١٩٢٧ تشكو من الم في الخاصرة اليسرى منذ ثمانية اشهر وعند فحص الجسم وجد في هذه المنطقة ورم كبير يمكن تحريكه باليد اجريت

العملية في ٣ اغستوس ١٩٢٧ فوجد في الكلية اليسرى كيس ديداني كبير اخرج من هناك وعَلَى ذلك تعافت المريضة وخرجت من المستشفى في ١٩ من نفس الشهر

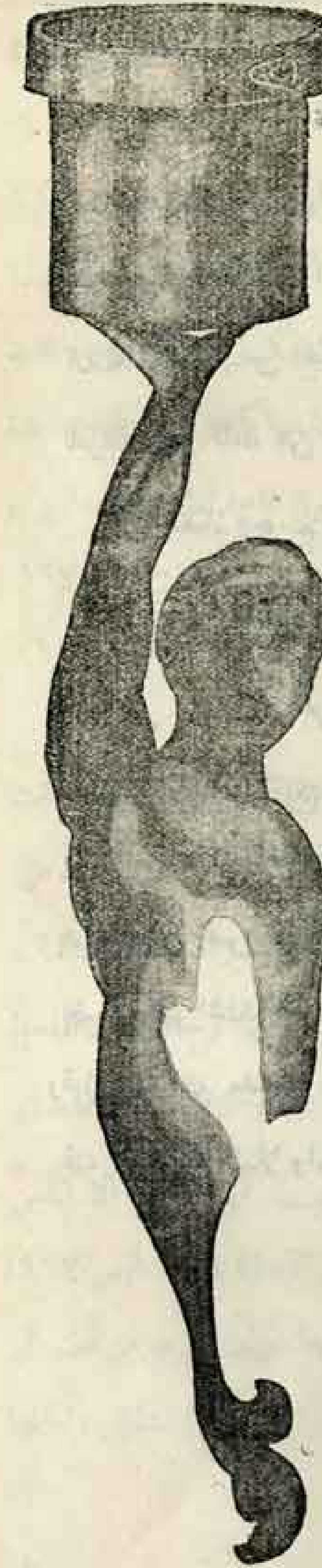
هذه هي الحادثات المريضة التي سجلها المستشفى الملكي في بحث الاكياس الديدانية في هذا الصيف وهي تعرض للقراء لوحة كاملة عن مواطن الدودة في الجسم

٢ — حصاة وجسم اجنبي غريب في المثانة

(انموذج من الطب العامي)

راضي ابن خضير عمره ٣٥ سنة . من عشيرة الجبور وهو راعي غنم في طويريج دخل المستشفى في ١١—٦—٢٧ يشكو من عسر وحرقة عند اطراح البول منذ ثلاث سنوات بدأ المرض يحس حرقة وظهور دم في البول و بعد مرور بضعة اشهر اشتد الالم و بدأ البول ينقطع اثناء عمل التبول وقبل سنة اي بعد ظهور المرض بسنتين انسد طريق البول بغتة انسدادا كاملا وامتلأت المثانة واصبح المريض بحالة اضطراب شديد وحينئذ مر من قربه احد متطببي البادية وهو من الطائفة التي يطلق عَلَى افرادها كلمة (الصلبي) ولقد تعهد بمعالجته واخراج بوله فاخرج من جرابه خرزة مربوطة بخيط طويل ثم وضعها في فوهة الاحليل ودفعها بقطعة من السلك حتى وصلت عنق المثانة ووقعت الحصاة الموجودة هنالك في المثانة فانفتح طريق البول وخرج البول واستراح المريض . ولكن حينما اراد ان يخرج الخرزة انقطع الخيط و بقيت الخرزة في المثانة وحينما فحص باشعة رونتكن بالمستشفي الملكي كشف وجود ثلاثة اجسام اجنبية . فاجريت عملية فتح المثانة من فوق العانة ووجدت بالمثانة ثلاثة اجسام اجنبية وعند فحصها وجد ان احداها كانت حصاة بيضية الشكل بحجم بيضة العصفور وكانت الثانية قطعة خيط رسبت عليها الاملاح واصبحت بشكل حصاة طويلة معوجة واما الثالثة فاتضح انها كانت خرزة خضراء وكان عليها رسوب الاملاح البولية .

الطريقة الامنية والمعقولة في معالجة ذات الرئة وفى ضمنها تطبيق الحرارة الراطبة المستمرة على جر الصدر بشكل مضاد للالتهاب





الانتيفلوجستين

يعلى الدوره الدموة السطحية ويسرع اطراح السموم بخواصه الامتصاصيه والتصريقية والحلوليه وبهذه الوسيلة يوجب انخفاض الحراره بوجه ملائم وخلاف ذلك فان الانتيفلوجستين يزيد في نشاط الدوره الدمويه الشعريه وبالنتيجه يريح القلب من زياده الضغط الدموي وبهذه الواسطه يزول الأزرقاق وعسره التنفس بسرعه

والخلاصه ان المصاب بذات الرئه يجتاز بهذه المعالجه دورة العذاب والالم الى دورة الراحه والهناء وتكون هذه الدوره معلنة بحلول مبدأ النقاهه

هناك اكثر من ١٠٠٠٠٠ طبيب يستعمل الانتيفلوجستين في ذات الرئة

معمل دانور الكيميائي في الولايات المتحدة الاميركية

الوكلاء في العراق

حسو اخوان بغداد

الفيرول

VIROL



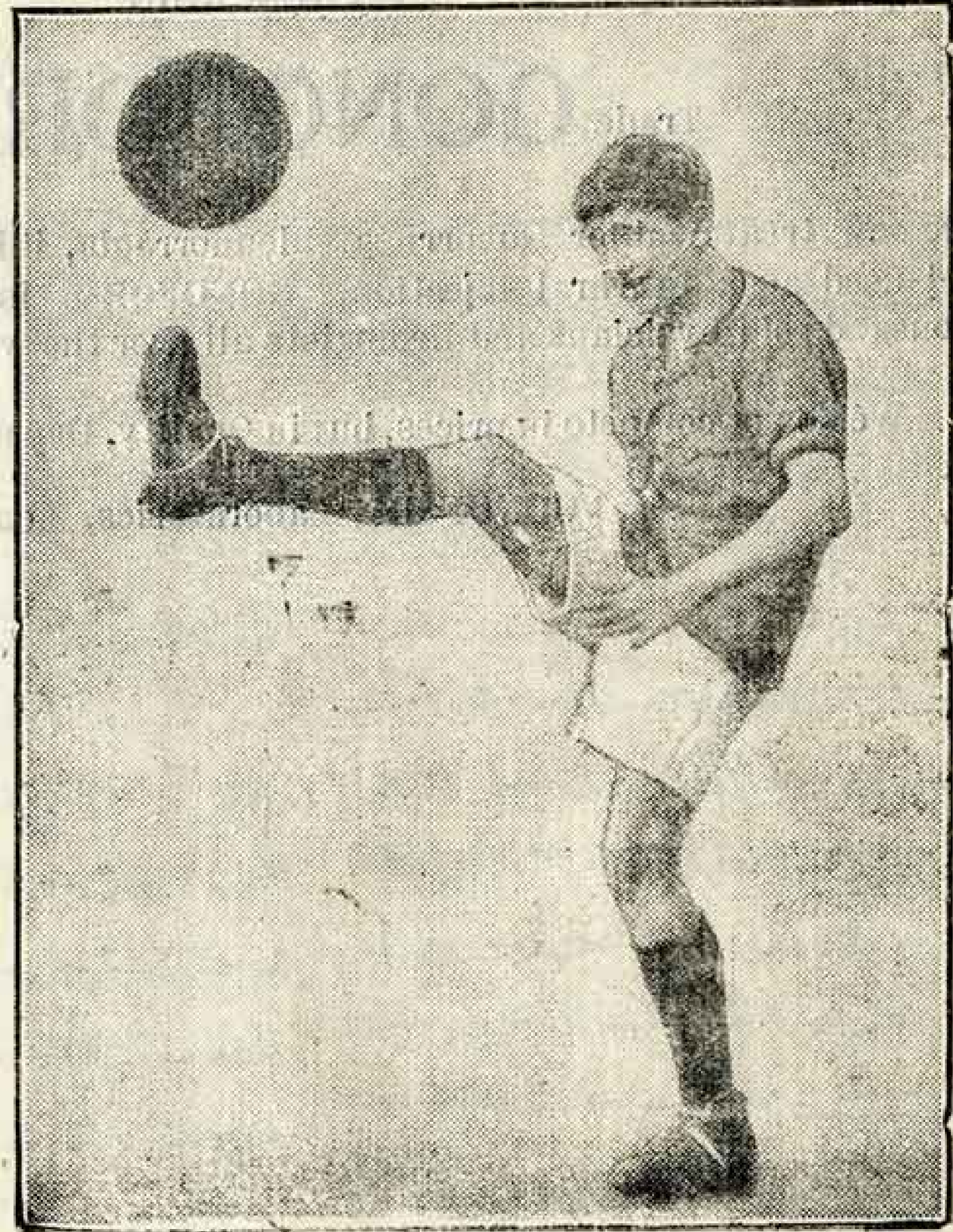
هذا رسم الطفل قبل ان يستعمل الفيرول



هذا رسمه بعد استعمال الفيرول

يشتمل الفيرول على اهم العناصر الغذائية التي يحتاج اليها الطفل بعد السنة الواحدة من العمر . هو احسن غذاء بعد حليب الام . ويحسن تقديمه على غيره من الاغذية حينما يراد اعطاء غذاء آخر مع حليب الام . ولا سيما في زمن الفطام وبعده والطفل عندما يصبح هزيلا عليلا بسبب الامراض او بسبب قلة الاغذا في السنة الثانية من العمر يجب ان يعطى له الفيرول الذى شاع استعماله فى المؤسسات الصحية فى جميع انحاء العالم

ويجد القارئ نموذج من تاثير هذا الغذاء موضح بالتصاوير



وهذا رسمه اليوم

الوكيل الوحيد للعراق
أنور داود فتو

اطلبوه من جميع صيدليات العاصمة: الوكيل فى الموصل اصحاب الصيدلية الوطنية

KRUSCHON SALT



بعض علامات فساد الدم

اذا لاحظت ان البثور الصغيرة في وجهك وفي بدنك لا تزول او تنشف بسهولة فذلك علامة لوجود بعض المواد الفاسدة في دمك واذ كان الجرح في بدنك لا يندمل بسرعة او كانت فيه قروح او دمامل فتأكد ان في دمك كثير من المكروبات الناظرة وان دمك يتسمم بوجودها وتكون العافية مرة

لا فائدة من مداواة هذه الامراض بالدهون والمراهم اذ انها لا تستطيع ان تنقي الدم من هذه السموم فتش عن اصل السبب نقي دمك فتخلص من جميع هذه العوارض المضرة

يمكنك ان تنقي دمك باخذ مقدار قليل من (كروشن صولت) يوميا يباع (كروشن صولت) في جميع الصيدليات

الوكيل الوحيد للعراق · انور داود فتو الشارع العام ٣٤٠ بغداد

ان (كروشن صولت) مفيد جدا للامراض الاتية :

مرض الكلى
« الكبد
« الصليل

الامراض الجلدية
امراض الحوامض البولية وغيرها
القبض

تركيب كروش صولت

Sulphat de Soude
« « Magnesie
« « potass
Iodure « potass
Chlorure de sodium
« « po.asse
Acid Citrique



الجونوفورم

هو علاج جديد للسيلان المجرى (السوسنك) وهو مجهز بشكل سائل ويستعمل بالحقن داخل المجرى البولي· والجونوفورم قد صادف رواجا واستحسانا من قبل آلاف من الاطباء ومتخصصي امراض المسالك البولية في جميع انحاء الارض·

مختبر الجونوفورم في لندن

PRESCRIBE

Trade **GONOFORM** Mark.
Reg.

The new treatment for Gonorrhea, Blennorragfa, it is prepared in liquid form and used as a Urethral Injection, GONOFORM is used and approved by thousands of Physicians and Urologists all over the world.

Wê do not compete in prices, but in Quality, Dependability, Stability.

GONOFORM Laboratories, London.



الى الاطباء المحترمين

يوجد لدينا انواع المصول والفاكسينات والادوية التي وردت حديثا من اشهر المعاهد وهي طرية جديدة ندرج انواعها فيما يلي :

المصولات والفاكسينات

Serum	Antidiphtherique	Hoechst
–	Antidysenterique	–
–	Antipesteux	–
–	Antistreptococcique	–
Vaocin	Antigonococcique.	Merek
	Gonargin	Hoec:.st

المستحضرات الدوائية

(١) الروموروز Rhumrose : علاج الرشح الدماغي والنزلة البلغومية

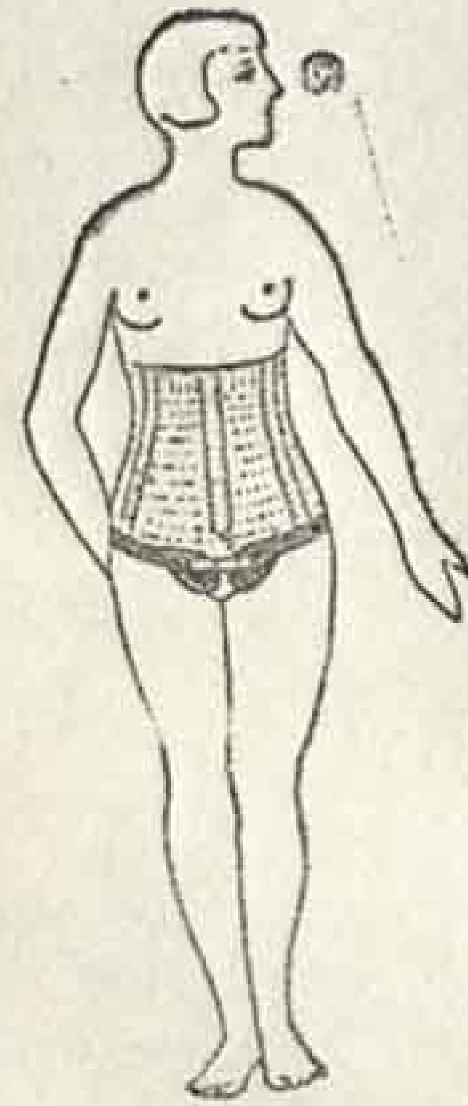
(٢) كابسولات الكربوزوت : هي من معمل بارك ٠ ديفيس ٠ تحتوي على الكربوزوت والاستركنين وزيت الحوت وكبريتات الاسبارتئين ٠ تستعمل لاجل القوة

(٣) كلاج الجينوبوزين Gynopausine : يستعمل في عدم كفاءة المبيضين وعسر الطمث ٠ كلاجتين في اليوم

وتوجد امبولات السكوبولامين والبيلوكاربين ٠

صيدلية العراق ٠ بغداد ٠

حزام للفتق





الفتق آفة لاعلاج لها الا العملية اذا بلغت ادوارها الاخيرة التي يخشى فيها من حدوث انسداد الامعاء وغيره من المضاعفات ولكن الفتق اذا كان صغيرا وكانت احوال المريض لاتساعد على اجراء العملية فاحسن علاج له استعمال الحزام والحزام الصحي الجيد هو الذي تتوفر فيه اسباب الراحة وهذا ما امتازت به الحزم التي لدينا فيوجد عندنا من هذه الحزم ما يصلح لجميع انواع الفتق وتوجد ايضا حزم للبطن باسعار رخيصة

صيدلية العراق ٠ في الشارع امام سانترال سينما

المجلة الطبية البغدادية
THE BAGHDAD MEDICAL REVIEW

العدد الثاني | السنة الثالثة | تشرين الاول سنة ١٩٢٧

المقالات الاساسية

الديابطس (*)
او البول السكري

الدكتور سندرسن

حضرة الرئيس والسادة الاعضاء المحترمين

ان محاضرتي التي القيها على مسامعكم في هذا المساء سوف تتضمن فقط البنود الثلاثة من فصل البول السكري واعني بها الاسباب والباثولوجيا والعلاج .

ويرجع شرف اكتشاف حلاوة البول في المصابين بالديابطس العسلي الى احد اعاظم اطباء بغداد وهو ابن سينا الذي عالج هذا الموضوع قبل مايقارب الالف سنة .

والديابطس منتشر جداً في بغداد وتكتنف المعالجة هنا صعوبات جمة وانني واثق من ان محاضرتي هذه سوف تفضي الى مناقشة حول الموضوع لانني اشعر بان الانسولين لم يحرز في بغداد الرتبة التي نالها في الاقطار الاخرى من العالم بسبب نجاحه في المعالجة

ومن حيث الاسباب يظهر ان هناك كلا النوعين من الاسباب المهيئة والمحرضة .

والمشهور ان الديابطس شائع بين اليهود اكثر من سواهم واظن ان من المفيد احصاء حادثات المرض ووفياته

(*) القيت في الجمعية الطبية البغدادية في جلسة آب ١٩٢٧

في بغداد وفي جميع العراق على ان يكون هذا الاحصاء مبنيا على تقسيمات الطوائف الدينية . وعليه فانني اقدم اقتراحي في ذلك الى رئيسنا المحترم للتأمل فيه وانني واثق من ان جميع الاطباء سوف يقدمون له كل مساعدة ممكنة في سبيل القيام بهذا الواجب .

والوراثة هي عامل آخر من عوامل المرض لاسبيل الى الشك فيه اذ ليس من النادر قطعا ان تصاب عدة افراد من العائلة الواحدة بنفس المرض ومن الممكن ان يكون ذلك منبعثا قسما عن مماثلة في طرز المعيشة والافراط من الطعام ولكن الامر الذي لا شك فيه هو ان تلك الاسباب ليس في وسعها ان تعلل الاصابات التي تشاهد في الصغار من افراد العائلة .

والرجال هم اكثر من النساء استعدادا للاصابة بالمرض وتكثر حادثات المرض بين سني الاربعين والستين .

ونورد من بين العوامل المحرضة في الكهول ، القلق والهواجس العظيمة وارتفاع الضغط الدموي والبدانة والافراط من الاغذية الهيدروكربونية والسكرية فهذه كلها من الاسباب المحرضة المهمة غير ان السبب المحرض لحدوث الشكل الحاد للمرض في حديثي السن لم يزل سر من الاسرار الغامضة .

ويعزى عادة انتشار المرض بين اليهود الى تبلبل الفكر وشدة الهواجس التي تستوجبها حياة العمل . والطائفة اليهودية هي جوهريا طائفة تجارية وتكثر في العراق نسبة حوادث الديابطس العسلي بين اليهود والمسلمين على حد سواء ولا شك في ان السمانة والاكثار من تناول المواد النشائية هما من الاسباب التي لها اهمية عظمى في هذه البلاد التي تفرط في تعاطي الهيدروكربونات وخاصة الخبز والارز اللذان هما قوام الغذاء وجزؤه الاساسي .

اريد الآن أن اتحول قليلا الى باثولوجيا هذه الحالة .

يوجد السكر في الدم اعتياديا ومقداره في حالة الصحة يتراوح بين ٠،٠٨ و٠،١٢ سانتيغرام في المائة .

واذا فرضنا ان الدم هو جزؤ من ثلاثة عشر من مجموع ثقل البدن فان مجموع السكر في الدم عند انسان يزن ١٠ ستونات او ٦٤ كيلو يكون حينئذ ٤ او ٦ غرامات فقط وتبقى نسبة السكر المئوية ثابتة طالما لم يؤخذ شيء من الطعام ولكن اذا اخذ ١٠٠ غراما من الدكستروز كان ذلك سببا لارتفاع نسبة السكر الدموي من ٠،١٠ في المائة الى ٠،١٥ او اكثر في خلال ٣٠ دقيقة من الهضم ويعود السكر الى منسوبه السابق بعد زمن يختلف امتداده بحسب اختلاف الاشخاص ومع ذلك فهو يتراوح عادة بين ساعة وساعتين من الزمن .

وفي اغلب الاحيان لا يطرح السكر مع البول الا عندما تكون نسبته المئوية في الدم قد بلغت ٠،١٨ او ٠،٢٠ في المائة . ومع ذلك فان لهذه القاعدة شواذ . وربما قد مر السكر من الكلى في نسبة مئوية هي احط من ٠،١٥ اوبالعكس ربما احتبس في نسبة ٠،٢٥ المئوية .

ولطعام الهيدروكربون مفعول لا يماثل مفعول الدكستروز ولكن ارتفاع السكر هنا ابطأ وقوعا واطول دواما . واما

البروتهئين فهو يعمل عادة على تزييد السكر في الدم الا انه ليس كذلك في المصابين بالديابطس فقط . ويستطيع الرجل الصحيح من اكل كمية من السكر بين المائة والمئتين غرام بدون ان يشاهد فيه بول سكري

وفي حالات الديابطس الخفيفة يكون السكر الدموي في مستواه العادي اذا كان المصاب صائما الا ان الشخص في مثل هذه الحالة اذا تناول ٥٠ غرام من السكر ارتفع السكر الدموي الى نسبة ٠،٢٥ في المائة في مدة تتراوح بين الساعة والثلاث ساعات

والسكر يطرح مع البول طالما كان السكر الدموي فوق طاقة الشخص وهذا ما يكون دائما في الوقائع الوخيمة حيث يوجد السكر في البول في اي وقت كان وفي مثل هذه الاحوال يصبح البدن عاجزا عن احراق السكر لتناقص تلك القابلية فيه وعلاوة على ذلك فان البروتهئين ايضا يكون سببا لاحداث زيادة في السكر الدموي . والعطش الذي يشكو منه المريض انما هو ناشئ عن الحاجة الى الماء في اطراح السكر من الجسم .

واذا لم يكن السكر من الاحتراق كما يجب فأن الاضطراب يشمل الشحوم ايضا وعلى ذلك يضطرب المتابوليزم في هذه المواد فتكون نتيجة ذلك ظهور الحوامض الشحمية وحامض البأ – اوكسي بوتيريك وحامض الاستوآستيك والاستون في البول . ويطلق على هذه الحالة الآن اسم الكتوزيس (Kelosis) بدلا من الآسيدوزيس ذلك الاسم القديم الذي اريد بوجود الاجسام الاستونية في البول .

وتشرف على متابوليزم السكر افرازات داخلية لاربع غدد وهي جزر لانجرهانس والغدتان الادرينالتيان والغدة الدرقية والفص الخلفي للغدة النخامية .

وقد كانت علاقة النبكرياس بالاعمال المثابوليكية للسكر معلومة منذ سنة ١٨٨٩ حينما اثبت فون مرينغ وموكوفسكن ان حذف الغدة برمتها يسبب البول السكري والموت .

وتتألف النبكرياس من قطعتين الاولى قطعة سنخية (\cinous) تفرز العصير البنكرياسي بواسطة القناة النبكرياسية والثانية عبارة عن جزر كان لنجرهانس البادي في وصفها في سنة ١٨٦٩ وهي جزء من مائة جزء من كتلة النبكرياس

وتكون خلايا الجزر على نوعين الخلايا الألفية – آلفا – والخلايا البائية – بهتا – . ولم يزل فعل الخلايا الالفية مجهولا والذي يهمنا من هتين الزمرتين هي الخلايا البائية حيث ان منها قد جرد بانتينغ وبست لأول مرة افرازاتها الداخلية واعني به الانسولين في عام ١٩٢٢

ان تركيب الانسولين الصحيح لم يزل في طي الخفاء والذي نعلمه عنه انه يولد الاملاح باتحاده مع الحوامض ويتلف بتأثير البيبسين والتريبسين ولهذا السبب لا يمكن استعمال الانسولين من القناة الغذائية .

ومن الضروري وجود المقدار الكافي من الانسولين لحدوث المتابوليزم بصورة صحيحة واذا وجد الانسولين

بمقدار كاف فأن السكر الدموي يكون اذا اعتياديا واذا وجد كثير من الانسولين فان هذه الكثرة تسبب تناقص السكر الدموي وزوال الجليلوجين من الكبد . واما اذا كان هناك قليلا من الانسولين يزداد السكر الدموي لانه لم يتصرف بالاحتراق .

واذا وجد مقدار كافي من الانسولين والسكر يتم اذاً احتراق الشحوم على الوجه الطبيعي ولا اجسام استونية تظهر في البول

ولا يعلم بالضبط ما يعمل الانسولين لأنه عديم التأثير في الدكستروز في خارج الجسم وتقدر قوة الانسولين بدرجة استطاعته على خفض مقدار السكر الدموي في ارنب صائم صحيح الجسم . واذا ما اعطي هذا الحيوان جرعة كبيرة جدا من الانسولين فربما كان ذلك باعثا الى اختلاج الحيوان وموته الا انه من الممكن دفع هذه المحاذير حالا بحقن السكر او الادرينالين او البتوتيرين تحت الجلد .

ان مقدار ٥ او ١٠ وحدات من الانسولين في وسعها ان تخفض نسبة السكر الدموي الى ٠،٠٥ في المائة في رجل صحيح الجسم يزن ٦٥ كيلوجراما.

واذا ارتفع مقدار السكر الدموي كما هو الحال في الديابطس فان الانسولين يعمل نفس العمل في تخفيض السكر الان المقدار يختلف في كل من المصابين . ويحصل الانخفاض بعد الحقن بزمن هو بين الثلاث والست ساعات بحسب كمية الجرعة وربما استمر بقاء هذا الانخفاض ١٠ ساعات وبعد هذه المدة يشرع السكر الدموي في الارتفاع ثانية . واذا كان سكر الدم متجاوزا لطاقة الكلى نرى ان السكر يظهر مع البول ولكنه حالما يهبط الى ما دون طاقة الكلى ينقطع السكر عن البول

واذا انخفض سكر الدم الى ٠،٠٥ في المائة ربما حدثت اعراض الهيبوغليسيميا

واخف اعراض الهيبوغليسيميا العطالة والعرق الغزير واوجاع بطنية تشبه آلام الجوع وارتعاش اليدين وهذيان خفيف وتسرع من ضربات القلب و الاعراض التي هي اشد من هذه الاعراض هى التنمل في اليدين والوجه واللسان والرؤية المضاعفة والصعوبة في النطق .

والاعراض العنيفة هى فقدان الشعور الذي يشبه النوم العميق ونوبات صرعوية الاوصاف وحالة عصبية يختل فيها انسجام الحركات في العضلات كما يحدث في فقد النظام الحركى او الاتاكسيا الحركية .

ويمكن رفع الاعراض الخفيفة عن المريض بشيء من عصير البرتقال او الطماطة وحتى بشيء من اصناف الاطعمة الهيدروكربونية اذا اعطيت هذه حالما يتضح وجود الاعراض . والاعراض التي هى اشد من هذه تدفع عن المريض بشرب محلول من السكر يحتوي على نصف اوقية (اونص) من السكر واذا كان المريض غير قادر على البلع يزرق تحت الجلد ١٥ منيما من محلول الادرينالين في الماء بنسبة واحد في الالف او ١ س^{3}م من البيتوتيرين واذا لم ينجح ذلك العلاج يجب ان يعطى محلول من الدكستروز في ماء الملح بنسبة ٥ في المائة حقنا في الوريد

او المعي المستقيم.

والافرازات الداخلية التي تصدر من القطعة المخية للغدتين فوق الكليتين — مفعولا قطعياً على متابوليزم السكر ومفعولها هذا هو تقييد اعمال الانسولين وارجاعها عندما تتجاوز حدودها فهي من هذا الاعتبار بمثابة ترياق للانسولين

وهناك مؤثرات اخرى تعمل في متابوليزم السكر وتصدر هذه المؤثرات من الغدة الدرقية — فتقل قابلية احتمال السكر في الجدرة الجحوضية وتزداد هذه القابلية في الميكزودم

وكذلك فان اكل الفص الخلفي للغدة النخامية مما يسبب التناقص في قابلية احتمال السكر وان افرازاتها الداخلية تعمل كترياق (Antidote) ضد عمل الانسولين عندما يكون عمله قد تجاوز الحدود .

والآن اريد ان انظر بايجاز في علاج الديابطس فاسمحوا لي في افتتاح ذلك بأن اقول مؤكداً ان ادخال الانسولين وان كان قد غير اتجاه المرض من حيث الانذار فانه لم يغير شيئا من الاوليات المقررة في الحمية الديابطسية ان المواد الاساسية التي تقود المعالجة هى : —

١ — يجب ان يكون سكر الدم في حدوده الطبيعية عندما يكون المريض صائما وبعبارة اخرى فان البول يجب ان لا يحتوي على السكر في اي كان من اوقات اليوم

٢ — لا يجب ان يحتوي الدم من حامض الاسه تو آسه تيك اكثر من الاثر المعين

٣ — يجب ان نطلع المريض على بعض الامور وهى ان قسما كبيرا من القوة الاحتياطية التي في جزر لانجرهانس قد ضاع وان حياته يجب ان ترتب بحيث لا ينشأ عنها تعب البقية الباقية من الانسجة وان احتياج البدن الى الانسولين يجب ان يكون قليلا مهما امكن و في الحالات الخفية يكفي الوقاية من البول السكري ان يتقيد المريض في الاكل تقيدا معتدلا ولكن هذا التقيد لا يكفي في كثير من الحالات

ولا يجب ان يغرب عن الذهن ان حذف الهيدروكربونات من الغذاء بدون العمل في ذات الوقت على تقليل الشحوم والبروتهئين — هو من الامور المحفوفة بالمخاطر وربما كان باعثا لتسريع حدوث السبات (الكوما) .

ومن التدابير الصائبة ان تراقب محاصيل السكر والاجسام الاستونية لمدة يوم واحد على ان يتداول المريض طعاما عاديا وذلك قبل ان يشرع في المعالجة .

ولا اجد حاجة للبحث عن قوائم الحمية الكثيرة المتنوعة لان حضراتكم تعلمونها جيدا . الا انني اريد ان ابحث بالاختصار عن تطبيق الانسولين في الممارسة الخاصة في بغداد . ومن الصعب ان اقول ان افضل استعمال الانسولين ما كان قدتم في المستشفى . على ان كثير من الاطباء في بغداد يعدون الانسولين من جملة الادوية التي هي في الاصل يجب ان تستعمل في المستشفى وهم

يرتعبون من استعماله بين مرضاهم الخصوصيين . فاريد ان اقلل ذلك الرعب في هذا المساء اذا تيسر لي ذلك .

نحن كلنا نعرف ان المرضى يطلبون النتائج العاجلة والعلاج بالانسولين يورث الضجر لانه مطرد النسق ولايستحسنه المرضى الابعدان شاهدوا اقربائهم واصدقائهم النتائج العجيبة التى حصلت منه . يجب ان نذيع فكرة استعمال الانسولين بين المرضى ونكون يداً واحدة في معالجة المرضى بهذه المادة فاذا تم لنا ذلك سوف تنفع هذه الدعاية ويكون قد رسخ الانسولين عاجلا في افكار الجمهور .

وهناك عيب آخر وهو غلاء الانسولين وثمن عيادة الطبيب . واظن انه من الممكن دفع المحذور الثاني بتعليم المرضى عمل الابرة لانفسهم في الحالات الخفيفة اذا كان المرضى من الطبقة الراقية وبذلك تقل عيادة الطبيب وتنحصر في مرتين في الاسبوع فقط واما في الطبقة الفقيرة والمحرومة من الذكاء فلا يمكن اتخاذ مثل هذا التدبير بل ان الوسيلة الوحيدة التى يمكن اتخاذها هي ارسال المرضى الى المستشفى .

والمانعة الاخرى التى تعترض استعمال الانسولين في الممارسة الخاصة هو لزوم تقدير السكر الدموى . ومن الضروري تحليل الدم مرتين في الاسبوع لهذا الغرض وفي الاماكن التى يتيسر فيها اجراء هذا التحليل يجب الاستعاضة عنه بفحص البول ولذلك يجمع بول النهار مرة في كل ثلاث ساعات ويفحص للبحث عن السكر. يحتوى البول على السكر طالما كان سكر الدم قد تجاوز حد التحمل اى قد تجاوز نسبة الـ ٠٫١٨ في المائه . إلا ان جرعة الانسولين اذا كانت وافية لتنزيل السكر الدموى الى مادون الـ ٠٫١٨ في المائة فسوف لا يوجد في البول اى مقدار من السكر .

ولذلك فمن المهم اختبار البول الذى يطرح على التوالى وبهذه الوسيلة يكون المرء مستعداً للقول فيما اذا كان السكر الدموى قد ارتفع مرةً ثانية وتجاوز نسبة الـ ٠٫١٨ في المائة . وباختبار البول بهذه الطريقة سوف يوجد ان مقدار السكر الدموى في حالة الصيام قد انخفض الى مادون نسبة الـ ٠٫١٨ في المائة ولكن يصعب بعد ذلك القول في هل ان مقدار السكر الدموى في حالة الصيام طبيعي ام لا وعليه يكون من الضرورى تعيين مقدار السكر في الدم .

واما مقدار الانسولين الذى يجب استخدامه في معالجة الديابطي فهو خمس وحدات في الحالات الخفيفة تعطى يوميا وكثيراً ما وجد ان هذا المقدار يسبب تحسناً في اعراض المرض .

ربما ابطل استعمال الانسولين بعد اسابيع قليلة بناء على التقدم الذي حصل في الصحة وعلى ذلك يجب مراقبة هذا التقدم وفك الحمية رويداً رويداً .

وفي الحالات الخطرة يبقى البول حاويا على السكر اذا لم يستعمل الانسولين اكثر من ٥ وحدات في اليوم واسلم طريقة يجب اتباعها في مثل هذه الحالات ، تزيد

الجرعة مقدار ٥ وحدات في كل ثلاثة ايام الى ان تبلغ الجرعة (٢٠) وحدة على شرط ان يلازم المريض فراشه عندما يأخذ هذه الجرعة وان يلاحظ ملاحظة دقيقة . ولا يجب السماح للمريض بان يعمل ابرة الانسولين هو بنفسه الا في الاصابات الخفيفة جدا . ولا يجوز ان تستعمل الجرعات الكبيرة من العلاج الا على يد الطبيب او الممرضة المختصة بهذا العمل .

وقد تستدعى الضرورة في بعض الاحيان لاستعمال جرعة من الانسولين فوق العشرين وحدة الا ان مثل هذا المقدار لا يجب ان يعطى الا مع الاشراف التام على احوال المريض ومن الامور الجوهرية في هذه الحالة ان تكون المعالجة في احدى المستشفيات او في منازل التمريض (نرسينك هوم) على ان تكون هناك سهولة تامة لتعيين مقدار السكر الدموي .

فبعد ان ينزل مقدار السكر الدموي فى الصيام الى حده الطبيعي يضحى من الضروري تنقيص جرعة الانسولين . ويجب الانتباه شديداً الى اى عرض قد يحصل اذا تجاوز العلاج مقداره المعين .

ويجب معالجة اي عرض من هذا القبيل حالا بواسطة عصير البرتقال او السكر او الادرينالين او البتويترين كما ذكرناه آنفاً .

ولا يجب ان يؤكل اي طعام من الاطعمة الديابطية ما لم يكن تركيبه معلوما بالضبط . اذ ان اغلب هذه الاطعمة يحتوي على اكثر من ٤٠ فى المائة من النشاء وتحتوي جميع انواع العصائر المجمدة (جلى) والمربيات المعدة للمصابين بالديابطس على ٢٠ في المائة من الجليسرين الذي يحترق كالسكر ولذلك يجب اعتباره من الاغذية الهيدروكربونية .

ويجب معالجة الصحة العامة للمصابين بالديابطس معالجة دقيقة واذا وجدت بؤرة للنتانة كسيلان الاسنان الصديدي والدمامل فانها تنقص من قابليته احتمال السكر ويكون هذا النقصان عظيما .

وينبغي ان لا يبرح عن الذهن احتمال وجود السفلس ويجب عمل تفاعل فاسرمان اذا امكن قبل الشروع بالمعالجة .

والتدابير التى تتخذ بعد المعالجة هي كذلك من الاهمية بمكان ومن الامور الجوهرية فى معالجة الديابطس ان يأخذ المريض على عاتقه قسما من وظائف الطبيب فيعمل معه مشتركا فى مكافحة الداء الذي اصابه ولذلك يجب ان يلقن بمبادىء هذا المرض وباوليات المعالجة وربما سمح للمتعلمين من المرضى بان يفحصوا بولهم بايديهم ليتحققوا من وجود السكر فيه .

واذا لم يكن قد اخذ الانسولين فان الافضل ان يفحص البول فى وقت الذهاب الى النوم . واذا كان المريض تحت معالجة الانسولية يجب فحص البول قبل الابرة . لانه اذا فحص على هذه الصورة تكون النتيجة صحيحة جدا .

وهناك كثير من الادوية كالافيون والكوديئين

والساليسيلات قد استعملت للتأثير على متابوليزم السكر

ومع ذلك يوجد صنف من الادوية يصح استعماله في اغلب حالات الديابطس وهي المسهلات . يجب الدوام على تنقية الامعاء جيدا وفي كل يوم . و تستخدم لهذا الغرض المسهلات الملحية . وكذلك يجب اعطاء المقويات العمومية اذ انها مفيدة جدا لاسيما اذا اختلت صحة الجسم

وقبل ان اختم مقالي هذا اود ان ابحث قليلا عن النتجة المخيفة التي قد ينتهي اليها الديابطس واعني بها السبات اوالكوما .

يصح اجراء المعالجة بجرعات كبيرة حالما يصاب المريض بهذا العارض ومن المعقول جدا اعطاء ٢٠ او ٣٠ وحدة من الانسولين بدون الانتظار الى تعيين السكر الدموي .

واذا لم تظهر علامة تدل على عودة الشعور الى المصاب يجب بعد ثلاث ساعات اعطاء جرعة اخرى من الانسولين مكونة من ٢٥ وحدة ويجب ان تؤخذ هذه الجرعة مع اوقية من الدكستروز بحالة الانحلال .

ويجب اعطاء الدكستروز شربا او بواسطة قناة المري ويجب جمع البول مرة في كل ثلاث ساعات وبواسطة القسطرة اذا اقتضت الضرورة ثم تحليله لمعرفة وجود السكر فيه .

ولا بد للبول ان يحتوي على السكر في خلال الثلاث ساعات الاولى بعد استعمال الانسولين واما اذا استمر بقاء السكر في البول من بعد الساعة الثالثة الى السادسة فلاضرر من اعطاء ٢٠ وحدة من الانسولين ومن الخطر اعطاء هذا المقدار اذا لم يوجد فى البول سكر فيما بين الساعة الثالثة والسادسة من بعد الجرعة ، مالم يأكل المريض غرامين من السكر عن كل وحدة من الانسولين فى وقت واحد .

واذا كانت الحالة دالة على التحسن فلا لزوم لاعطاء الانسولين اكثر من ذلك الا اذا عاد السكر فخرج مع البول.

ويجب اعطاء كمياب كبيرة من الماء سواء كان شربا ام حقنا من الانف او الشرج . ويوصي استعمال اوقيتين (اونسين) من زيت الخروع فى مبدأ المعالجة لأن حادثات الكوما تكون مصحوبة عادة بالقبض وليس من الكثير اعطاء ١٠ اونسات من الماء مرة فى الساعة لمدة ٦ ساعات. وقد ابطل استعمال كربونات الصوديوم منذ الشروع باستعمال الانسولين وقد كان تأثير هذا الملح موضع الشك فى كل وقت .

ويجب فحص جسم المصاب بالكوما يوميا بكل دقة للتحقق من وجود اي مرض آخر نحو التهاب الغدة النكفية (پاروتيت) والتهاب الاذن الوسطى الحاد او غنغرينا اللسان

واذا نظرنا الى المريض من حيث تحمله للعمليات الجراحية وجب علينا الا نرسله لغرفة العمليات قبل ان نعمل على ارجاع السكر الدموي الى حدوده الطبيعية ولا يجوز استعمال الأتر للتخدير فى حالات الديابطس. ويجب اعطاء خمسين غراما من السكر مع ٢٥ وحدة من

الانسولين فى وقت واحد قبل العملية بساعتين وذلك لتأمين الحصول على السكر والانسولين فى الجسم فى مدة العملية .

وسوف يكون من المفيد جدا الحصول على افكار الاعضاء المحترمين فى هذ الموضوع الخطير. ومع ذلك اؤمل ان محاضرتي هذه قد اكدت ما للانسولين من التأثير الشديد على انذار الديابطس وبرهنت على ان ليس هناك سبب نفهم منه لماذى لم ينتشر استعمال الانسولين فى بغداد بنطاق اوسع مما هو فيه الآن اذا كان استعماله مقرونا بمراقبة دقيقة وتحفظات معقولة .

الديسانتريات

الدكتور هاشم الوتري

قد تقرر اليوم نهائيا ان هنـــاك ثلاثة انواع من الديسانتري تنتسب الى ثلاثة اصناف مختلفة من الطفيليات وهذه الانواع وان كانت تختلف عن بعضها تماما فان الواحد منها لايتجرد عن صنويه تجردا مطلقا لأنه ربما انضم نوع واحد على آخر فجعل المرض مضاعفا . وفضلا عن ذلك فقد ينضم احد هذه الانواع الثلاثة الى مرض آخر غريب عنه كالملاريا والحمى التيفوئيدية ومن اجل ذلك يجب من الآن فصاعدا ان يفهم من كلمة (ديسانتري) فئة من الاعراض فقط ولا يجب ان يفهم منها مرض خاص قائم بنفسه .

واليك انواع الديسانتري والطفيليات التي تحدثها

١ — البكتيريائي — Pacterial

الديسانتري الباشلسي :

سببه : الباشلوس ديسانتري (شيغا وفلكسنر — Y

٢ — الطفيلي الاولى — Protozoal

آ — الاميبيازيس — الديسانتري الآميبي ، الخراج الكبدي ، الخ .

سببه : الانتهميباهيستوليتيكا

ب — الديسانتري البالانتيديومي

سببه: البالانتيديوم كولي

٣ — الديداني — Helminthic

آ — الديسانتري البلهارزيائي

سببه : الشيستوزوما مانصوني اوجابونيكوم اوهيماتوبيوم

ب — الديسانتري الفرمينوسي

سببه اوزوفاغوستوموم آبيوستوموم

هذه هي انواع الديسانتري ولنذكر الآن شرح تلك الانواع متبدئين بذكر النوع الثاني لأنه هو الشائع في بلادنا .

الديسانتري الاميبي والآميبيازيس

Amoebic Dysentery and Amoebiasis

حده او تعريفه :

الاميبيـــازيس كلمة تطلق للدلالة على العدوى بالطفيلي الاولى (Protozoon) المسمى بالانتهميبا

هيستوليتيكا(Entamœba histolytica)واذا كانت العدوى منحصرة فى القناة المعوية ولم تتعدها احدثت مايسمي بالديسانتري الآميبي (Amoebicdysentery) وهو مرض خداع مخاتـــل (insidious) عند هجومه (Onset) مزمن فى سيره ويجنح كثيرا الى الانتكاس

مواطنه :

يستوطن الاميباز جميع المناطق الحارة وما دونها فى الكرة الارضية حيث تكون شدته مختلفة بالنسبة الى اجزاء تلك المنطقة . ويوجد عامله الانتهميبـــ هيستوليتيكافى بريطانيا العظمى وهو هناك هنديـــ المنشأ ومع ذلك فلم يحدث المرض . ويكثر وجود الطفيلي خاصة فى الهند الصيني وبلاد الصين وفى الفلبين وهو منتشر ايضا فى منتصف افريقيه وشمالها وفى جنوبى الولاية التحدة وامريكا الجنوبية وفى العراق .

اوبئته :

تحدث من الآميبيازيس (امراض الاميب) وقائع شتى فى جميع فصول السنة بدون ان يكون لهاموسم تكثر فيه ولا يعلم احد الى الآن ان المرض قداحدث وباء .

واما الطريقة الدارجة التي ينتقل بها المرض عادة من شخص الى آخر فهي لم تتحقق نهائيا ومع ذلك فان هناك ادلة تبرهن على ان للذباب يدا مهمة فى نقل العدوى كما يحدث ذلك فى الديسانتري الباشلسي وقد تحقق من ابحاث ونيون(Wenyon) واوكونور (O'Connor) انه من الممكن اثبات وجود اكياس الانتهميباهيستوليتيكا فى براز الذباب البري وفضلا عن ذلك فقد وجد ان هذه الحشرة اذا لقحت بالمرض قصدافانها تطرح الطفيليات مع برازها وتستمر على هذه الحالة ستة عشر ساعة وهناك ادلة تبرهن على ان الماء الملوث والخضار التي تؤكل بدون طبخ هي بمثابة سواغ[1] جيد للطفيليات .

واذا لاحظنا ان اكياس الطفيلي تموت بسرعة فى الجفاف حاز لنا ان نحكم بان التراب والرمل لايعملان على انتشار المرض .

الاسباب :

ان اكتشاف آلاميب فى البراز قد تم من قبل الاستاذ لوش (Losch) فى عام ١٨٧٣ وقد كان آميب الامعاء موضوع الابحاث العميقة التى قام بها العلماء على اثر اكتشافه وكانوا قد حسبوه فى بادىء الامر حوينا واحـــدا لا غير وهو الاميبا كولى (AmoebaColi) اماالآن فقداتضح ان نتيجة المساعى التى قام بها العلماء واخص منهم بالذكر الاساتذة شاودين (Dchaudinn) وهارتمان(Hartman) وونيون (Wenyon) ودوبل (Sobell) — ان للاميب بضعة انواع معينة توجد فى القناة المعوية من جسم الانسان وان احد هذه الانواع يورث المرض وهو

(١) سواغ Vehicule هو ما يسيغ ابتـــلاع الميكروبات او المواد التي تكون فى احد السوائل وهو من قولك اساغ المادة الفلانية اي سهل مدخلها فى الحلق .

الانتهميباهيستوليتيكا بينما ان الانواع الاخرى لاتورث المرض وتعيش فى الامعاء مسالمة للجسم وهي(١) الانتهميبا كولى (٢) والاندوليمـــا كس نانا(Endolimax Nan) (٣)واليوداميبا بوتشلى (iodamoebaButchlii) والديانتاميبافراجيليس (Dientamoeba fragilis) .

وقد نجح اخيرا زرع الانتاميباهيستوليتيكا بمساعى بروك (Broeck) ودر بوهلاو (Drbohlav) .

اكتشاف الانتاميبا فى الغائط . — اذا كان يحتوي الغائط على الانتاميبافان من السهل العثور عليه . ومن الضروري فى كل المستحضرات ان تلتقط قطعـة صغيرة من الغائط بعد اطراحه ثم توضع هذه القطعة فوق صفيحة من الزجاج وتغطى بصفيحة اخرى ثم يضغط عليها الى ان يصير الغائط بين الزجاجتين طبقة شفافة .

ويجب الحذر من ان يكون الاناء الذي يوضع فيـه الغائط محتويا على مادة مضادة التعفن . لا يعيش الاميب فى الغائط بعـد اطراحه الا ساعات قليلة ويتشوه شـكله حالا اذا وجد البول فى الغـائط .

وآميب الديسانتري هو حوين رائق له لون ضارب قليلا الى الخضرة وجسم شفاف يبلغ حجما نحو ثلاثة او خمسة اضعاف الكريوة الحمراء . ويعرف آلاميب وهو فى طور النمو بحركاته التى تشبه حركات آميب الماء الطري العاديـ وباحتوائه على اجسام دخيلة كالكريوات الحمراء التى ابتلعها . ومن طبع آلاميب المولد للمرض ان يأكل الكريوات الحمراء وخـلايا انسجة الجسم وبهذه السجية يمتاز عن صنوه الغـير مولد للمرض اي الاميبا كولى .

واذا نظرنا الى الآميب فى التحاضير الملونة نراه مكونا من منطقتين — منطقـة حبيبية مركزية (اندو بلازم Endoplasm) تحيطها منطقة رائقـة (اكتو بلازم Ectoplasm) وله نوةذات نسيج متناسق مميز لها وتظهر النواة على هذه الصورة حينما يكون المستحضر طريا وعندما يكون قد اجري تثبيت الآميب وهو حى .

ويتمتع هـذا الآميب بحركة هى اشبه بالسيلان منها بالحركة فتجده يجري كالسيل فى عرض الزجاجة التى هو عليها وليس من حـــدود واضحة تماما بين الآندو والاكسو بلازم حينما يكون الطفيلي على قيد الحياة ويهلك او يستحيل بسرعة فى خارج الجسم . ويبقى عاطلا عن الحركة حينا من الزمن عندما يوجد فى حرارة منخفضة واذا ما سخنت الزجاجة التى هو عليها اخرج من حين الى آخر استطالات (تشبه نصل السكين) تدعى بالارجل الكاذبة وتعرف اشكاله المستحيلة بوجود الاجواف فى جسمه وهـذه الاجواف لا توجد فيه وهو فى حالة الصحـة واذا عاكسته احوال البيئة طرأ عليـه ما يدعى بالتكيس وقبل ان يصل الى هذه المرحلة يجتاز دورا يكون فيه اصغر حجما مع تكوين الاشكال المتوسطة التي

تدعى بالاشكال القريبة من الاكياس (Precystic)

الاكياس — تختلف الاكياس من حيث الحجم اختلافا عظيما وهناك من قسم الانتاميبا هيستوليتيكا الى خمسة عروق منفصلة بمجرد النظر الى حجم الكيس ولكن لايوجد فى الوقت الحاضر دليل مقنع يبرهن على ان تلك العروق المختلفة تختلف من حيث تأثيراتها المرضية . وتحتوي الاكياس على كتل كاسرة للنور مكونة من الكروماتين تعرف عموما باسم الاجسام الكروماتوايديه (Chromatoidbodies) واجواف تحتوي على الجليكوجين . وتوجـــد فى الكيس نواة هى فى مبـدأ تكون الكيس واحدة لا غيرها ويكون حجمها معادلا لثلث الكيس ثم تنقسم هذه النواة حتى تكون اخيرا اربعا كل منها يساوي سدس حجم الكيس .

وكيس الانتاميبا هيستوليتيكا هو الذي يستطيع وحـده ان يعيش فى خارج الجسم لمدة مهما كانت طويلة على شرط ان يكون فى بيئة تتيسر فيها الرطوبة والبرودة واما الاكياس فى الماء اوالغائط فلا تستطيع ان تعيش اكثر من خمسة عشر يوما ويهلكها الجفاف حالا وتعيش فى الحرارة المنخفضة زمنا اطول مما لو كانت فى الحرارة المرتفعة .

خلاصة تاريخ حياة الانتاميباهيستوليتيكا — ان الانتاميبا النامي النشيط يعيش على انسجة جدر الامعاء حيث يأكل الكريوات الحمراء ويتكاثر بالانقسام . وحيثما حل يحدث قرحة فى سطح الامعاء ويتخلل البعض منه عن القرحة التى احدثها فيدخل فى جوف المصارين ويتكيس ثم يخرج على هذه الصورة مع الغائط . وتكون الاشكال القريبة من الاكياس اصغر من الاشكال العادية المثابرة على التكاثر فى الانسجة وهي خلية من البروتوبلاسم والاكياس النموذجية تكون عند البلوغ ذوات اربع نوى وهى اصغر من الاشكال القريبة من الاكياس واذا مادخلت جوف انسان صحيح آخر بلغت الامعاء الدقيقـــة وفقست تفقأً تولى بدوره الهجوم على الانسجة وبذلك تبتدىء الدورة من جديد .

ومع ذلك فقـد يهاجر الاميب النامي (وليس الكيس) ، فى احوال نادرة ، عن مقره المنتخب فى جدر الامعاء وذلك بان يغير على الانسجة التى تحجبه عن الدم ويقتحمها ثم يدخل فى الجهاز الوريدي ويسير بواســـطة الدم الى الكبد او استثنائيا الى الطحال او الدماغ او الرئة ولكنه بهجرته هذه يصبح غير قادر على اتمام دورة النمو كما يحـدث فى خارج جسم الانسان .

الاصحاء الذين يطرحون الانتاميباهيستوليتيكا. — ان الاصحاء الذين يطرحون الطفيلي هم اشخـاص لم يشكوا سـابقا ولا فى الوقت الحـاضر من اعراض الديسانتري ومع ذلك فانهم يطرحون اكياس الآميب بالرغم عن تمتعهم بالصحة التامة وربما وجد فى هؤلاء عدد من الآميب النشيط يسكن في انسجتهم .

يمكن الآن تقسيم الاشخاص الذين يطرحون الاكياس (Cyst —Passers) الى صنفين

١— الذين اصابتهم العدوى بالاحتكاك من غير ان تورث فيهم اي عرض من اعـراض الديسانتري الاميبي .(٢) النـاقهين من المرض الذين قد زالت عنهم اعراض المرض . ومن المعلوم اليوم انه يوجد من المصابين بالديسانتري اشخاص يطرحون مقادير من نوع الآميب النامي ومع ذلك فان هذا الآميب غير معد للـغير .ويوجد من جهة اخرى عدد كبير من الاصحاء يطرحون اكياس الانتاميباهيستوليتيكا بصورة مستمرة وهم منبع مستديم للعدوى والآميب فى كلا الحالتين يعيش على حساب انسجة الجسم الذي يحل فيه ضيفا ونعلم من فتح جثث الموتى ان فى الامكان وجود تقرح واسع فى الامعاء بدون ان يكون لذلك التقرح اى عرض مرئي من اعراض الديسانتريـــــ فى اثناء الحياة وفى هذه الحالة ربما كان المريض مصحوبا بوجود خراج فى الكبد . وقد تكـون افات الغشاء المخاطي طفيفة جدا بحيث انها لاترى الا بالمكروسكوب لان الغالب على الظن هو ان الادلة المرضية التي تشير فعلا الى وجود الديسـانترى ، لاتتضح الا فى عدد قليل فى المـائة من الذين قد اتصلت بهم العدوى . وتدل الاختبارات التى اجريت على الانسان ان من العشرين شخصا الذين اكلوا الاميب الهيستوليتيكي كان ١٨ قد اصيبوا بعدوى هذا الطفيلي ولـكن اعراض الديسـانترى لم تظهر الا فى ٤ من هؤلاء بيمان الباقين قد باشروا فى اطراح الاكيـاس الاميبية مع الغائط .

واذا حقن غائط يحتوى على الاكياس فى المستقيم اوفى داخل الاعور احدث فى القطط والكلاب قرحة فى جدر الامعـاء وربما حدث عنه خراج فى الـكبد ولـكن الاكيـاس لاتتكون ابدا فى اجسام هـذه الحيوانات ولو ان الغائط ربمـا كان مشحونا باشكال الاميب النامي النشيط .

وترسخ العـدوى(*) في الذين يطرحـون الاميب رسوخا عظيما واذا لم يعـالجوا فانهم يستمرون في اطراح الاكياس طول البقية الباقية من حياتهم .

باتولوجيا المرض اوطبيعته :

ان الآفات التى يورثها الديسانتري في بادىء الامر عبارة عن بارزات صفراء دقيقة نصف كروية تنشأ من الغشاء المخاطي وهذه البارزات تشير الى موضع المنطقة المتنخرة الكائنة عميقا وعندما تكبر تلك البارزات وتكتسب حدا من النمو تنفجر فتكون قرحة على هيئة الصحن ويكون قاع هذه القرحة موضوعا في الطبقة تحت المخاطية وهذه القروح توجد مشتتة في الامعاء الغليظة من اولها هذه الى آخرها ولا تنتشر ابدا الى ما فوق الصمام الاعوري اللفائفي وقد تستولي على الزائدة الدودية .

والقروح قد لاتزيد على رأس الدبوس حجما وربمـــا كانت اكبر فبلغ قطرها القيراط او ازيد وكلما تقدم المرض ازدادت حجما وفي هذه الحالة تكون حوافي القرحة مطوية

(*) infection

على نفسها وحروفها مشرشرة وقاعها مكون من الياف الطبقة العضلية وفي منظرها هذا تشبه شقائق النعمان البحري. وتكون القرحة نفسها مغطاة بقشر من الاوساخ ضارب الى الصفرة او الخضرة ويكون احيانا اسود اللون وهو سميك جدا وربما برز في تجويف الامعاء . وآفات الديسانتري تبدأ قاعدة في الاعور وتوجد مبعثرة على طول القولون المستعرض والسيني والمستقيم . ومع ذلك فان الغشاء المخاطي في الاقسام التى تتخلل القروح يبقى سليما . واذا ازمن المرض تلتهب جدر الامعاء التهابا عظيما وتنشط انسجة الامعاء لتعويض الخسائر المادية التى لحقت بها ويفضي هذ النشاط الى ضخامة جدرها . وكثيرا مايوجد في الامعاء انتفاخات واختناقات ناشئة عن ضعف قسم منها وارتخائه وتقلص القسم الآخر .

ويحدث انسداد الاوعية الدموية في قواعد القروح وكثيرا ما ينفتح احد فروعها بما يطرأ عليه من الأتكال ويؤل هذا الى حدوث انثقاب نزيف مهالك . وربما حدث انثقاب القروح اوتغنغرت قطعة كبيرة من الامعاء لاسيما في جوار الاعور فحدث من ذلك التهاب بريطونى مهلك.

وتشير الندبات الملونة الى مواضع القروح في الامعاء التى قد شفيت او التى لم تزل آخذة في الشفاء . وربما حدث التلاصق بين عري الامعاء المتقاربة والتلاصق اما ان يتم بين عروة من الأمعاء واخرى وأما ان يكون بين عرى الامعاء والاعضاء المجاورة مثل الكبد والطحال وتكون الامعاء نفسها قليلة المقاومة تتمزق بسهولة عندجرها. وفي الحالات المزمنة تبرز في باطن الامعاء استطالات مثل البوليب وربما كانت هذه قطعاً متغنغرة وتكون محتويات الامعاء مركبة من مادة غائطة قاتمة اللون وغالبا بيضاء نزيفية ذات رائحة نافذة ولا يوجد في جثث الموتى الذين قضى عليهم هذا المرض اي تغيير في الاعضاء ماعد القحـــول .

الاعراض

ان دور حضانة الديسانتري الآميبي في الانسان هو الدور الذي يبدأ منذ دخول الاكياس الآميبية فى القناة المعويـة الى انكشاف الاعراض وقد خمن هذا الدور بمدة طويلة ومماهو معلوم ان اكياس الاميب قد وجدت في غائط الاشخاص الذين لم يكـونوا قد اصيبوا بالدبسانتري الآميبي لافي الماضي ولا في الحـاضر فهذه الحقيقة الواقعة تشير بوضوح الى ان المرض متوقف على بعض شروط ثانوية وان توفر هذه الشروط يعدمن العوامل الاخيرة التي تسبب انفجار المرض .

ان القسم الكبـير من حادثات الديسانتري الاميبي يسير سيرا مزمنـا مع فترات وانتكاسـات كثيرة وفي الحقيقة ان الديسانتري الاميبي يختفي زمنا طويلا ثم يظهر في ظروف مساعدة واختفاؤه او تنكره هذا من اشهر علائمه المميزة له . والمرض خداع عندهجومه والمصاب به يشكو من الاسهال اكثر ممايشكو من اعراض الديسانتري الحقيقيـة وحتى ان الاسهال ايضا ليس من الاعراض المؤكدة وكثيراما يقع ان الامعاء تنثقب وتفضى الى التهاب بريطوني مهلك في مريض لايمكن ابدا اعتباره انه مصاب بالديســانتري بالنظر الى المدلولات الاكلينيكية التي

شوهدت فيه . وفي الاصابات الخفيفة يشكو المريض عموما من اصابات فجائية بالاسهال . وهذه الاصابات يصح ان تكون احسن مثال للاسهال الآميبي .

ومن اشـهر اعراض هذا المرض الوجع في البطن ويختلف هذا الوجع قليلا عماهو في الديسانتري الباشلس بكونه اقل شدة ولهذا الوجع مناطق معينة فوق الاعور حيث يلتبس بالتهاب الزائدة الدودية وفوق القولون المستعرض حيث يلتبس باوجاع عسر الهضم واكثر من ذلك فهو ينحصر غالبا في القولون السيني . وربما شوهد الزحير والحزق في المريض اذا حدثت القروح في المستقيم ولكن هذا ازحير ليس شديدا كما هو في الديسانتري الباشلسي ويكون الغـائط اعظم كمية مما هو في النوع الباشلسي وربما كان عدد الغائط لا يربو على الثلاثة او الاربعـة في اليوم ومن النادر ان يبلغ الاثنى عشرة ويحتوي قاعدة على دم فاسـد شديد القتمة . وتنتشر منه رائحة نافذة كريهة واذا خرج المخاط فانه يرى في الغائط مبعثرا هنا وهناك وعليه خطوط من الدم . ويخرج الغائط احيانا كتلة صلبة الاانه مكسو بشذرات من المخاط والدم ويندر ان يكون هـــذا المرض مصحوبا بالحمى او اي عرض آخر يدل على التسمم الا اذا تضاعف بالتهاب كبدي يتسع فيه الكبد ويكون موجعا . ينحل جسم المريض عادة ويتقـــدم الهزال تدريجيا ومع ذلك فان البعض من المرضى يبقى قوى الجسم بالرغم من تعرضه لانتكاس المرض مراراً عديدة واللسان يكون رطبا ومطليا وربما شوهـد في المريض القيء ويفقد المصاب شهيته للطعام .

وكثيرا ما يختفي المرض بدون علاج وربما شفي المريض في الظاهر الا انه لابد من ان يكون عرضـة للانتكاس بعد اسابيع او اشهر او سنين . وفي اغلب الاحيان يلازم المريض انطلاق لين اوتنطلق بطنه تارة ثم تنقبض اخرى واذا ماطرأ على الجسم اي سبب مادي يسبب اضطرابه كالبرد او سوء الهضم عاد المرض من جديد .

التهاب الكبد — تحدث الالتهابات الآميبية الحادة في الكبد في اي وقت كان من الزمن الذي يكون فيه المرض مجدا في سيره وقد يحدث الالتهاب بينما تكون الاعراض حادة وربما حدث في اثناء فترة المرض . وعند التهاب الكبـد يشكو المريض عادة من الم شديد في الناحية التي يكون فيهـا هذا العضو مع وجود اعراض التوكسيميا والحرارة العالية والكبـد نفسه يتسع فعلا وربما برزت حافته السفلى من تحت الحافة الضلعية وهو حساس جـدا ويوجد ايضا في الغالب الم في الكتف الايمن ويوجد عادة تزايد عظيم في عدد الكريوات الدموية البيضاء وهذه الاعراض ربما هدأت من تلقاء نفسها بدون اي علاج . وهنـاك براهين عديدة تؤيد ان الآميب في مثل هذه الاحوال يوجد فعلا في نسيج الكبد ويصل الى هـــذا النسيج عن طريق الاوعية البريطونية ولكن لحسن الحظ ان الحالة تتأثر بسرعة بمعالجة الامتين .

—ــ*ــ—

أسباب الموت :

ربما حدثت الوفاة من النحول او النزيف المعوي او التثقب او خراج الكبد .

وتثقب الامعاء قد يحدث فجأة او يتقدمه الم موضعي شــــديد وهذا الالم اذا انحصر في الحفرة الحرقفية اليمنى ربما التبس بالتهاب الزائدة الدودية واغلب مضاعفات الديسانتري حدوثا هو الخراج الكبدي . ومن اشد الآثار التي يخلفها الديسانتري الآميبي فى الجسم سقوط الاحشاء واحتناق الأمعاء من جهة واتساعها من جهة اخرى بحيث يتعذر سير الغائط .

التشخيص :

ان اهم نقطة يجب النظر فيها عند تشخيص نوع الاسهال هي هل هذا الاسهال ناشيء عن الديسانتري الأميبي ام الباشلسي ولا يجوز الركون الى الميزات السريرية وحدها فى البت فى هذه النقطة ومن المحتمل ان يستمد الباحث مساعدة من بعض هذه الميزات كسرعة هجوم المرض والحمى وسرعة النبض فى الامراض الباشلسية وهناك قاعدة مقررة هي ان عدد الغائط في الديسانتري الباشلسي اكثر مما هو في الديسانتري الآميبي كما ان جرم الغائط في الاول اصغر مما هو في الثاني .

يجب في هذه الاحوال الالتجاء الى تشخيص المختبر ولكن يجب على الطبيب عند اخذه نتائج التشخيص من المختبر ان يحلل تلك النتائج بالنظر الى تجارب الباحث الذي قام بمعاينته وكفاءته في تعيين ماهية الاجسام المشابهة للآميب التي عثر عليها فى الغائط أكانت حقيقة من نوع الانتاميباهيستوليتيكا ام كانت من نوع الانتاميبا كولى ام هي لا هذا وذاك بل هي خلايا كبيرة من الانسجة وخاصة الماكروفاج . وهذه النقطة لا يصعب تحقيقها والتمييز بين هذه الاجسام ليس من الامور العسرة ويتمكن من القيام به كل من مارس العمل به فى المختبر ولكن يجب ان لا يغرب عن الذهن ان الانتاميبا قد لا يوجد فى قطعة من الغائط بينما هو موجود بكثرة فى قطعة اخرى فالافضل اذاً ان تفحص من الغائط عدة قطع من الجوانب التي يكون فيها المخاط اذا وجد ذلك .

وربما تعذر العثور على الطفيلي فى الغائط الذي يحتوي على كثير من الدم ومن المهم جدا فى نجاح الفحص ان يكون الغائط جديداً مهما امكن . ومن حيث العموم اذا وجد فى الغائط شيء من الآميب الحي كانت فى ذلك كفاية للطبيب المداوي لان يضع تشخيصه . وفى الحالات المزمنة او الخفية يجب البحث عن الاكياس التي هى من مميزات النوع المزمن للمرض . والفحص الذي ينفي وجود الاميب من الغائط لا يعتبر صحيحا الا عندما يكون قد اجري يوميا فى سبعة ايام متوالية .

وفى الحالات التى تحوم فيها اي شبهة كانت حول هوية الأكياس يجب الالتجاء الى طريقـــة التلوين

—o✻o—

بالحديد[1] والهيماتوكسيلين . ويمكن الحصول على معلومات اعظم قيمة بمزج الغائط الطري مع محلول يود (وايجرت) (Weigert's iodin) (وهو مكون من جزء من اليود وجزأين من يودور البوتاسيوم و ١٠٠ جزء من الماء) . فهذا المحلول من افضل الملونات توضيحا لنواة الكيس وما يماثلها من مميزاته .

ويعتقد (توموصون) و (روبرتصون) كلاهما ان بلورات (شاركو — لايدن) لا توجد فى غير حالات الديسانتري الآميبي ولذلك يعتبر ان وجود هذه البلورات فى الغائط من الادلة المهمة المشخصة لهذا المرض .

وهي بلورات مغزليـة الشكل تشبـه حجر السن (Whetstone) وقابلة للذوبان في الماء السخن والحوامض الفلزية القوية والكحول . وربما وجدت ايضا في الحكاكة التي تخرج من جدر الامعاء من بين المنظار المستقيمي .

المعاينة بمنظار السين[2] الحرقفي . — ربما امتدت القروح الاميبية الى المعي المستقيم وفي هذه الحالة يمكن الحصول على معلومات مفيدة من المعاينة بمنظار السين الحرقفي وتجرى هذه المعاينة بدون تخدير ومن حيث العموم تشاهد بواسطة المنظار قروح صغيرة صفراء تحيطها دائرة احتقان دموي واذا جرفت هذه القروح وفحصت بالمجهر امكن العثور فيها على الاميب الحي حتى في الحالات التى تعذر فيها اكتشاف الطفيلي في غائط المريض واذا قورن الفحص بالمنظار بمثله في حالات الديسانتري الباشلسي المزمن اتضح الفرق بينهما في عدم وجود الالم . وفي الحقيقـــة ان قروح الآميب غير موجعة ويمكن مسها وجرفها بدون ان يحس المريض بوجع وغاية مايشعر به المريض عند دخول الآلة هو انزعاج بسيط ولا تلتهب الاقسام المحيطة بالقروح وتحتفظ الاغشية المخاطية بلونهـا الاحمر الوردي ونشاهد الآفات الاميبية في ادوارها المبكرة وكأنها بروزات صفراء بحجم رأس الدبوس منتشرة فوق غشاء مخاطي سليم او تشاهد وكأنها الآثار التي تحصل من مرور الحلزون على الارض وتحيط تلك الآثار حاشيـة نزفية وكثيراما تكون العلامات الدالة على مرض الطبقة المخاطية عبارة عن مناطق نزفة على شكل لهيب النار ويمكن اكتشاف الآميب في مركزها بفحص الحكاكة التي تخرج بواسطة مجس يدخل في المنظار .

العلاج

تحتاج معالجة الديسانتري الاميبي الى مراقبة شديدة ويحسن اعطاء مسهل قبل الشروع باستخدام العقاقير

[1] Iron Haematoxylin Method — تتم طريقة التلوين هذه باستعمال مادتين الاولى ملونة وهى مركبة من ١ فى المائة من الهيماتوكسيلين و ٧٠ فى المائة من الكحول ، والثانية مثبتة وهى مركبة من ١ فى المائة من مضاعف كبريتات الحديد والبوتاسيوم و ٧٠ فى المائة من الكحول .

[2] Sigmoidoscope

الخاصة وافضل مسهل يستعمل في هذا الباب زيت الخروع ويجب الاجتناب عن اتخاذ الافيون من جملة الوسائل المتبعة في معالجة الديسانتري وقد عرف منذ زمن طويل ان عرق الذهب (Ipecacuanha) افضل الادوية التي استعملت في هذا الصدد . واول من امتدح هذا العلاج الاستاذ مانصون مستندا في ذلك الى اختباراته الواسعة جدا وقد ايد مدحه هذا ما صادفه العلاج من الرواج في معالجة الديسانتري المزمن .

عرق الذهب(١) Ipecacuanha . — يجب اعطاء هذا الدواء عندما تكون المعدة فارغة . والافضل ان يمنع المريض عن الطعام ثلاث ساعات ثم يعطى ١٠ او ٢٠ قطرة من اللاودانوم (صبغة الافيون) في معلقة كبيرة من الماء وفي ذات الوقت توضع على معدة المريض لبيخة من الخردل وبعد نحو خمس وعشرين دقيقة ، اي عند ما يبدأ مفعول اللاودانوم في المريض ، تعطى الايبيكا بمقدار ٢٠ الى ٣٠ حبة ومنهم من اعطاها بمقدار ٦٠ حبة وتؤخذ الايبيكا في ضمن حبوب او ملبس او تلعق وهي معلقة في نصف قدح من الماء .

ويؤخذ مقدار قليل من الطعام عندما يرتفع كل شعور بالغثيان ولا يكون ذلك الا بعد ست او ثماني ساعات ويجب الاستمرار على اطعام المريض بكميات قليلة متوالية الى مدة ست او ثماني ساعات او الى حوالى اليوم الثاني وعندئذ يجب ان تؤخذ جرعة ثانية من العلاج بنفس الكيفية . في كثير من الاحوال تكفي جرعة او جرعتان من هذا العلاج لتعقيم الديسانتري ودفع اعراضه الحادة عن الجسم ومع ذلك فمن الصواب ان يستمر على استعمال الايبيكا في ايام متعاقبة او متوالية لمدة اسبوع او اكثر .

الايمه تين — ان فوائد عرق الذهب (الايبيكا) في حالات معينة لم تزل ثابتة لاتقبل الشك الا ان استعماله قد ابطل اخيرا وحل محله استعمال الايمه تين وهي مادة شبه قلوية استخرجت منه وتقوم اليوم هذه المادة مقام الاولى بمقياس واسع . يوجد في عرق الذهب اربعة انواع من اشباه القلويات — الايمه تين (١) والسفالين (٢) والبسيكوترين (٣) والامه تامين (٤) — ولا يعلم تركيبها الحقيقي الى حد الان . والمادة الاولى وحدها هي التي لها مفعول دوائي .

ويمكن القول ان مفعول الامه تين على الانتاميبا هيستوليتيكا في الانسجة قد اصبح من الامور المحققة ولكن طريقة هذا التأثير لم تزل مجهولة والابحاث الدقيقة التي قام بها دال (Dale) ودوبل (Dobll) كانت قد عجزت عن تصديق الملاحظات الاصلية التي ابداها فددر (Vedder) وروجرس (Rogers) فيما يختص بان الامه تين يؤثر تأثيرا ساما على الانتاميباهيستوليتيكا . وكانت تجاربهما تلك قد برهنت على ان ليس للامه تين

(١) يقال ان عرق الذهب الذي يخرج في البرازيل (Psychotria ipecacuanhae) اشد مفعولا من الذي ينبت في جرينادا الجديدة (Uragoya granutensis) لان الاول يحتوي على الامتين اكثر من الثاني .

Emetamine (٤) Psychotrine (٣) Cephaline (٢) Emetine (١)

ولا لغيره من اشباه القلويات التي تخرج من عرق الذهب اي مفعول خاص على الطفيلي وهو في انبوبة التجربة ؛ وفعلا ان البسيكوترين والكفين وهما من اشباه القلويات فانهما من وجهة الشفاء عاطلان تماما عن اجراء اي مفعول كان على الانتاميباهيستوليتيكا ومع ذلك فان لهما مفعولا اقوى في اتلاف الاميب اذا كان في داخل الزجاج وبمجمل القول ان طرز تأثير اشباه القلويات التي تخرج من عرق الذهب لم يكن معلوما بصورة باتة الى حد الآن .

وليس هناك دليل يدل على ان الامتين يؤثر في حالات الديسانتري الاخرى وانواع الاسهال مهما كان سببها ولذلك فلا يجوز استخدام هذه المادة في معالجة الاسهال الا اذا كان ناشئا عن الاميب الذي نحن في صدده . والامه تين اذا تجاوز الحبة الواحدة في اليوم احدث في الجسم اعراضا تدل على التسمم . ومن تلك الاعراض الوهن وعدم انتظام ضربات القلب وانحطاط عقلي وفي احوال نادرة تلتهب الاعصاب (نوريت) وربما اثر ذلك في طائفة من العضلات واحدث فيها شلل اقسميا . وهناك عرض وخيم آخر من اعراض التسمم وهو حدوث الاسهال ولعل الباحث زعم ان هذا الاسهال حادث من الديسانتري نفسه . وكثيرا ما تنتهي المعالجة بالامه تين بتقشر في الجلد يشبه النخالة وضمور في الأظافر .

وطريقة استعمال الامه تين هي ان يحقن منه تحت الجلد او في داخل العضل يوميا بمقدار حبة واحدة في ١ س^{٣}م ماء مقطر الى مدة اثنى عشر يوما . وهذا وحده لا يكفي لاستئصال شأفة المرض بل ينبغي ان يضاف اليه استعمال حبوب من يودور الامه تين والبزموت المضاعف (Emetine-Bismuth-Iodide) تحتوي كل حبة على ٢٦ في المائة من الامه تين . ينفع هذا العلاج خاصة في الديسانتري المزمن وفي معالجة الذين يطرحون اكياس الاميب ويؤخذ من الفم . ويرمز الى هذا العلاج بالحروف التالية : (E.B.I.) .

وهو سفوف غير قابل للانحلال واذا دخل الامعاء ولامس عصيرها طرد من تركيبه الامه تين واطلق سراحه والتجارب دلت على انه اذا ضغط شديدا وعملت منه اقراص قوية جدا او انه اذا كان ملبسا بمادة غير قابلة للانحلال فانه يمر من القناة المعوية بدون ان يطرأ عليه تغيرما والافضل ان يوضع السفوف كما هو في ضمن محفظات من الجلاتين او يمزج بالمربا او الشروب ويؤخذ على هذه الصورة والجرعة اليومية التي تؤخذ من هذا العلاج هي ٣ قمحات ويجب الاستمرار في اعطاء العلاج لمدة اثنى عشر يوما متعاقبا .

ويجب ان يعلم الطبيب المداوي ان المريض في مبدأ استعماله لهذا العلاج يصاب بالقيء والاسهال ويجب ان يتخذ من هذين العرضين دليلا على امتصاص الدواء . ولا ينبغي ان يكون القيء سببا لقطع العلاج الا اذا كان فارطا الحدود واذا لم يحدث القيء يحتمل إما أن تكون محفظات العلاج قد قاومت العصير

المعائي ولم تطلق مافيها من السفوف . ومن الضروري ان يلازم المريض فراشه عند أخذه العلاج وان لا يأخذ من الطعام سوي ما كان سائلا او ان يكتفي بالحليب وحده . ويمكن اعطاء العلاج مع قدح من الشاي السخن بعد العشاء بنحو ساعة من الزمن .

ويمكن اتقاء القيئ والغثيان باعطاء ١٠ — ١٥ قطرة من صبغة الافيون قبل اخذ العلاج ويصاب اغلب المرضى بهزال شديد اثناء المعالجة يجب البحث عن حالة القلب والنبض يوميا ولا يجب قطع العلاج الا عند ما يصبح انحطاط الجسم منذرا بالخطر ولا يجوز تعاطي المسكرات في تلك الاثناء مهما كان نوعها .

وفي الحالات المنتكسة ربما وجب اعادة دورة المعالجة بهذا الدواء اكثر من مرة واحدة ويحسن في هذه الحالة فحص الغائط مرارا وبفواصل قصيرة بعد انتهاء الدورة الاولى من المعالجة للتحقق من وجود اكياس الاميب او عدمها ولا يجوز القول ان المريض قد اصبح بمعزل عن العدوى الا بعد ان يفحص غائطه مرارا عديدة وفي فواصل بعيدة . يجب ان يجرى الفحص الاول بعد اسبوع من انتهاء المعالجة ويستأنف الفحص مرارا عديدة وفي اوقات مختلفة لمدة ثلاثة اشهر . هذه هي الطريقة التي يجب العمل بموجبها في معالجة الحالات المزمنة الميالة للانتكاس .

واما في الحالات التي يستعصي فيها المرض فيجب بعد الدورة الاولى تأجيل العلاج لمدة اسبوع يسمح للمريض في خلالها ان يترك الفراش ولكن على شرط ان يلتزم الحمية المطلقة المفروضة ثم تستأنف المعالجة بمقدار من الدواء يكون من حيث المجموع ٣٦ قمحة ياخذها المريض في مدة اثنى عشر يوما او ٧٢ قمحة تؤخذ في اربع وعشرين يوما بصورة متوالية .

والنتائج التي يحصل عليها من المعالجة بالبزموت امتين يواديد هي ارسخ دواما من التي يمكن الحصول عليها من الامه تين وحده ومع ذلك فلسوء الحظ ان هناك حادثات قليلة من المرض تعرف بالانواع (المقاومة للامتين) وفيها يتقدم المرض بالرغم عن العلاج فيزول فيها المرض في الظاهر لمدة تتراوح بين ستة وثمانية اسابيع ثم يعود فينتكس . ينفع فى هذه الاحوال حقن النه‌ئوسالفارسان في الوريد وربما كان نفعه هذا ناشئا عن تأثيراته المقوية وينفع السالفارسان خاصة اذا كان المريض مصابا في ذات الوقت بالسفلس ويشفى المريض احيانا شفاءً تاما باتخاذ التدابير اللازمة ضد السفلس مع استعمال الامه تين بيزموت يودايد . ولاجل ذلك يجب على الطبيب ان يجرب استعمال يودور البوتاسيوم في الحالات التي يخال له انها اصابات بالديسانترى الآميبي غير قابلة الشفاء

قد سردنا فيما سلف اقوال اشهر المؤلفين فيما يختص بتأثير الامه تين بزموت يودايد توجد منه في صيدليات العاصمة حبوب حمراء يحتوى كل منها قمحة واحدة من العلاج . واما قولنا فيه بالنسبة الى التجارب التي قمنا بها في المستشفى الملكي فهو من حيث الاجمال ان هذا العلاج شديد التأثير على المرضى وكان القيئ شديدا

بعد استعماله ويضاف الى ذلك الوجع في البطن والاسهال ولذلك كان من الصعب علينا ان نواصل التجربة الى النهاية نظرا لاشمئزاز المرضى منه وربما فضلوا ترك المستشفى بدلا من الاستمرار على هذه المعالجة القاسية ومن ذلك لم يتيسر لنا الوقوف على حقيقة مفعوله واذا سلمنا بفوائده فان ضرره في الجسم قد اوجب النفور منه ولو كان ذلك الضرر وقتيا كما يقال هذا فضلا عن اننا ليس بواثقين من تأثيراته الشافية ولذلك قد اعرضنا عنه ونستعمل الآن الأمه تين وحده .

والظاهر ان قساوة هذا العلاج هي التي ساقت علماء اوربا الى تعديل تركيبه او اكتشاف علاج آخر الطف منه تأثيرا على الجسم ومن ذلك فقد حاول الدكتور مارتيندال (Martindal) تلطيف الأمه تين بزموت يودايد وغير تركيبه فاحدث علاجا يعرف باسم الأمه تين فوق اليودايد (Emetine Periodide)

ويظهر ان هذا العلاج اقل سمية من الاول يعطى في محفظات بمقدار ٦ قمحات يوميا مع مرارة الثور (ويقال ان هذه المرارة تساعد على انفصال الأمه تين من تركيب العلاج) ويوجد من هذه المرارة اقراص يعطى منها ما يقابل ٥ قمحات ثلاث مرات فى اليوم ويرمز الى هذا العلاج الجديد بحروف (E.P.I.)

ولا يشاهد عند استعماله القيء والظواهر السمية الأخرى التي تشاهد غالبا على اثر استعمال العلاج الأول ومع ذلك فال المريض لا يسلم من الاسهال وان كان خفيفا وعدا ذلك فان هذا العلاج الجديد ليس باشد تأثيرا من العلاج القديم فى مسألة شفاء المرض وقد ظهر ذلك بالتجارب الأخيرة

المعالجة بالياترين — الياترين رقم ١٠٥ (yatren No. 105) هو اسم لعلاج جديد صنعه معمل الماني فى ماربورج يدعى بمعمل بهرينغ وقد ارسلت منه نماذج الى بغداد اخيرا وبدأنا فى تجربته فى المستشفى منذ شهرين واسمه الكيمياوي هكذا : (يودين — اوكسي كينولين — سولفونيك — آسيد[1]) . ويكون فيه اليود مرتبطا تمام الارتباط . وهو مطهر قدير للامعاء ومنبه للخلايا وقد اوجب ثناء الأطباء عنه فى المانيا والأماكن التى شاع فيها إستعماله .

والنماذج التى وردت منه كانت على نوعين حبوب وسفوف . تحتوي كل حبة على ٠٫٢٥ سانتيغرام من العلاج . يعطى فى الحالات الحادة من الحبوب ما يعادل ثلاث غرامات فى اليوم (اي ١٢ حبة) للبالغين اربع فى الصباح واربع فى الظهر واربع فى المساء وتستمر دورة المعالجة الى نحو عشرة ايام ولا يحصل من هذه المعالجة اي عرض يدل على التسمم وربما حدث اسهال بسيط لا أهمية له يزول فى ايام قليلة ويحسن تكرار المعالجة بعد خمسة عشر يوما وفى هذه المرة تكون دورة المعالجة خمسة ايام فقط .

Iodine-Oxypuinolin Sulphonic Acid (١)

وفى الحالات المزمنة تعطي ست حبوب فى اليوم من الحبوب التي يحتوي كل منها على ٢٥ر٠ سنتيغراما من العلاج وفى ذات الوقت تعمل حقنة شرجية من محلول الـفوف فى الماء بنسبة ٥ر١ — ٣ فى المائة ويحقن من المحلول ٢٠٠ — ٣٠٠ س^{3}م فى مساء كل يوم . وتستمر المعالجة على هذه الصورة مدة ٦ — ٨ ايام ثم توجل مدة ٣ — ٦ ايام وتعاد الكرة مرة او مراراً عديدة بحسب اللزوم .

السادالانكلوستومى

Cataract ankylostomateuse

الدكتور عبد الرحمن المقيد

لايخفى أن الجسم البلورى او العدسة العينية (Cristallin) واقـــع بين البؤبؤ والحدقة وبين الجسم الزجاجي (Corp vitrée) وموكول ومسند اليـــه قسم مهم من فعل الانكسار ، كما انه قائم بعبء ووظيفة (التحديق Accommodation) المهمة .

(واستطرادا في الموضوع أبين ان العــرب سموا المنطقة المدورة في وسط سواد العين «بالبؤبؤ — pupille» بسبب ارتسام صــــورة مصغرة للشخص الذي ينظر فيه ، واطلقوا اسم «حدقة» علي القطعة المحيطة والمحدقة للبؤبؤ ، والتى يقابلها بالغات الاوربية كلمة «Iris» . واذاً فمن المستحسن ان نستعمل كلمة «تحديق» مقابل كلمة «Accommodation» لان «الحدقة اى Iris» تتحرك وتتقاص ايضا ، وتكون مشتركة بفعل التحديق حين النظر من مسافة قريبة . واما كلمة «مطابقة» لأجـل Accommodation وقزحية لاجل iris وكلمة حدقة لاجل pupille والتى نستعملها ونتصرف بها في الحال الحاضر ، فهي موضوعة من قبل الاطباء الترك ، وهم انما ترجموها عن الكلمات الاوربية حرفيا .)

والجسم البلوري عضو ذو لين ومرونة ، وهو في منتهى درجة الصفاء والشفافية ، الذين بواسطتهما وبفضلهما يكون بصرنا رائقا ايضا ، وتكون الاجسام التى نراها واضحة وعارية عن كل شائبة .

ولكن متى اختلت شفافيته وحصل كثافة وتعكر يتشوش ويقل ويضعف بصرنا كذلك ، وكلما زادت كمية الـكثافة فيه يزداد التشوش في البصر الى ان تصبح قوته عبارة عن (الاحساس بالضيـاء) فقط ، ويضحى العضو المذكـور كثيفا في كل قسم منه ، وصلبا بأجمعه .

فحالة التصلب والتكثف متى تتكون في الجسم البلورى تسمي (بالساد — Cataracte) لـدهـا

(البؤبؤ — pupille) ، ومنعها الأشعة الضوئية الواردة من الأجسام من المرور الى داخل المقلة .

وانحرافا عن البحث اذكر أن علمـاء العـرب الأقدمين كانوا عالمين بتلك الحالة ومطلعين عليها وكانوا يسمونها «بالماء» اوبعبارة اخري (الماء النازل في العين) والعلماء الأور بيون قد أخذوا التعبير والتسمية عن العرب الأقدمين وترجموه الى لغتهم وسموه بكلمة (Cataracte) التي معنـاها (نزول الماء — chute d'eau) .

وها انني تأييـــدا لماذكرت أدرج فيما يلي ما اورده المؤلف الشهير (اكسانفلد) فى كتابه المسمى (بالأمراض العينية) حرفا بحرف :

« Chez les Arabes L'opacitée de cristallin S'appelait (mà) ou plus exactement: (Alma ou -Nazil fi Lain), C est-à-dire L'eau qui descends dans L'oeil. de la, viens le Te me medical (cataract) chute D'eau

Axcenfeld

ترجمتها — عند العرب تسمى كثافة الجسم البلوري (بالماء) أو بعبارة اصح (الماء النازل فى العين) التي معنـاها سقوط الماء فى العين . ومن هذه العبارة استخرج التعبير الطبي (Cataracte) اي نزول الماء .

فالماء يصادفه ويشاهده الكحالون والمشتغلون بالأمراض العينية من الأطباء على الأكثر فى الأشخاص الطاعنين فى السن ، وفى الغالب فيمن تجاوز سن الخمسين . ويسمى هذا النوع من الساد (بالساد الشيخوخى (Cataract Senile) واما فى وامافى الكهول الذين يتراوح عمرهم بين سني (٣٠ — ٤٥) فمن النادر جـدا ان يحصـــل الساد فى عيونهم ولا سيما بسبب الديدان المعوية . فلندرة وقوع هذا النوع من الساد سأسرد لقراء المجلة الأفاضل بعض حادثات شاهدتها من ذلك القبيـل ، والتي كانت ناشـئة عن ديدان (الأنكيلو ستوما) المعـائي Ankylostoma duodenale فاحدى تلك الحادثات قد وقعت لرجل اسمه (حمد بن احمد) من سكنة قضاء سامراء ، ويشتغل بالفـلاحة والزراعة ، وعمره (٣٥) سنة . قد راجع الدائرة العينية فى المستشفى الملكي فى تاريخ (٢٤ تموز ٩٢٧) لأجل معالجة عينية . وهو يشكو من فقدان ابصارها منذ سنتين ؛ ولم يذكر مرضا اصابه فيما مضى . سوى انه يشعر بالم فى الناحية الشرسوفية من بطنه ، وبدوار وبانحطاط قواه البدنية وضعفها وانحلالها من نحو ثلاثة سنين تقريباً ، ويرى أنها آخذة بالتنازل شيئاً فشيئاً مما اضطره الى ترك اشغاله الاعتيادية وملازمة بيته .

وحين فحص عينيه وجدت قوة بصرهما بدرجة (الأحساس بالضياء) ، وحالة الطبقة الملتحمة اظهرت شكل التراخوم الندبي ، وكانت باهتـــة اللون بدرجة شديدة ، ومنظرها ابيض ضارب الى الصفرة والطبقة القرنية شوهدت بحالة سالمة ، وخالية من

قابلة للتبلور ، وأملحة معدنية، وأملاح السودا الخاصة ، وغازات . كما ان السكر نسبته (١—٥ر١) بالالف ومكون من الغلوكوز والمواد الالبومينية مكونة من سروم البومين ، وسروم غلوبولين ، ونوقله ئو البومين). ومن تركيبها يتبين بانها جعلت صالحة لكل نوع من الخلايا .

وأما الخلط المائي فنظرا الى (برزيليوس) يحتوي على : (ماء : ١٠ر٩٨، وزلال اثري، وكلورور الصوديوم اي الملح ؛ ١٥ر١ ، ومادة خالصة تحل بالماء : ٧٥ر٠) وذلك بنسبة غرام منه بالمائة وهذا التركيب بسيط للغاية ،ومواده بعيدة كثيرا عن ان تولد تعكرا و كثافة في الجسم البلوري . وما عدا ذلك فحيثما يتناول الجسم البلوري اغذيته المقتضية من الخلط المائي يجابه الخلط المذكور مرشحا ومصفاة ثانية هي (المحفظة القدامية للجسم البلوري Cristalloide nterieura) والتي (قابلة للنفوذ Permeable) .

ففيها يتصفى الخلط مرة اخرى بواسطة التشرب والحلول وبعد ئذ يصل الى الجسم البلوري عاريا وخاليا من كل عكر وفضلات وشائبة . وبهذه الصورة يبقى محافظا على صفاوته وشفافيته الفائقة الفريدة .

بعد الوقوف والاطلاع على كيفية تغذي الجسم البلوري ندخل في بيان وايضاح تكون (الساد الانكيلوستومي) الذي اصبح سهلا كثيرا . وهو ان (الديدان الانكيلوستومي) حين تعيشها في الامعاء تفرز غدتاها الرأسية والعنقية سما جرثوميا — Toxine) ينفذ الى البدن بواسطة الامتصاص من الجروح والتمزقات الوعائية التي تتولد من وخز المحفظات الفمية للديدان في الغشاء المخاطي للامعاء.. والسم المذكور يخرب (الكريوات الحمراء Globules Rouges) في البدن وينقص عددها ، كما انه في الاشكال الوخيمة (لمرض الانكيلوستوما) يتنازل عددها الى مليونين وحتى الى مليون واحد وحتى الى درجة غير كافية لأدامة الحياة .

و (الأئوزينوفيل — Eosinophile من اشكال الكريوات البيضاء تزداد نسبته من (٠/٠ ٢) وتبلغ ٠/٠ ٧٢

فعندما تكون نسبة (التوكسين) الداخل للبدن زائدة ، والدم مشبوعا منه بدرجة كبيرة ، تتغير خلايا (حجيرات) البشرة الساترة للزوائد الهدبية ولا تعود تجري وظيفة التصفية والترشيح كما ينبغي ويلزم . فتمر من البلازما الدمية الى الخلط المائي بعض المواد الغير موجودة في تركيبه ، فتضيع بساطته واوصافه الموافقة لتغذي الجسم البلوري . وحين وقوع فعل الحلول في بشرة المحفظة القدامية تدخل اليه مواد مخلة ومضرة في شفافيته وصفائه . فحينئذ يبدأ الساد وتحصل في الياف الجسم البلوري التغيرات الآتية :

وهي ان الألياف تنفصل عن بعضها البعض قليلا و تتكون فيما بينها فواصل وأجواف تملأ بمايع ينقلب

ويتحول بسرعة الى منظرة عكرة وخابطة بسبب تجمع حبيبات رقيقة فيه . وبعدئذ ترم وتنتفخ الالياف وتصير حافتيها غير مستقيمة وغير منتظمة ، ويتكون في داخلها عدة حبيبات رقيقة ، وتمسي هي ايضا عكرة وخابطة ، ثم ان بعضا من الالياف الشابة والمستحصلة حديثا تنتفخ بصورة زائدة وتنقلب الى (حجيرات — خلايا) حويصلية .

بعد دور انتفاخ الالياف المتقدم يأتي دور استحالتها. وفيه تتحول الالياف الى كتلة عجينية ، (ولبنية — Laiteuse) ، تتألف وتتركب من مايع، ومن الياف متجزئة، و من كريوات جسيمة تسمى (بحويصلات نخاعية لمورغاني Boules de Mejelin de Morgagn) و بعد ذلك يمتص المايع شيئا فشيئا وتسمن وتثخن كتلات الالياف تدريجيا . وأما النوة فتكون مقاومة ومتينة للغاية تجاه تلك التغيرات . فلا يشاهد فيها ادنى كثافة . الا بعض كثافات رقيقة جدا وشكلها (نقطة وى — Punctiforme . وهذا كل ما يكون فيها فقط .

واذا استمرت واستدامت الحالة في الياف الجسم البلوري مدة طويلة تتجمع املاح كلسية و (بلورات كولسترينية Cristaux de Cholesterine في الساد . في تجمع الكلس يكون لونه ضاربا الى الصفرة وان كان المتجمع هو الكولسترين فيشاهد (نقاط براقة — Scintillants في ذلك الساد .

وبعد ان تستحيل المنطقة القشرية المحيطة للنوة في الجسم البلوري تزول بشرة المحفظة القدامية بالكلية او معظمها بتأثير المواد المضرة التي تشربت ونفذت منها . وبهذه الصورة يتكون الساد ويكون الجسم البلوري كثيفا وغير صاف كأنه يكون مانعا لرؤية وتمييز المحيط الخارجي ، وتسقط وتزول وظيفته الانكسارية والتحديقية ويكون كجثة هامدة مفارقة الحياة وبلا حراك ، ودخلت في دور التفسخ والاستحالة ، فالتغيرات ، في الجسم البلوري المنقلب الى الساد تكون في كل نوع منه على سياق ونمط واحد . ولكن الاسباب تتنوع وتختلف .

وماعدا الانكيلوستوما قد يكون السبب لتحصل الساد في الكهول مرض عام في البدن كالداء السكري Diabete) و (التهاب الكلية — Neqhrite ، والنقرس Goutte و (تلين الاوعية المتعمم atheromme generalisé) او يكون السبب مرض سابق في العين كالغلوكوم ، و التهاب الطبقة العينية — Uveites ، والتقرحات القرنية ، والانفصالات الشبكية ، وقصر البصر المترقي او ان يكون السبب جرحيا Traumatique كصدمة او جرح خارجي .

—○✻✻✻○—

المقتبسات

الطاعون فى الماضى والحاضر

ادوار جبوري[*]

من المآثر التي تذكر للطب البحث فى استئصال الامراض المعدية — فلو فكرنا فى الاوبئة التي طالما فتكت فى الماضي بالعالم الانساني لشعرنا بالسرور والفرح مع الارتياح التام لحماية الانسان ووقايته منها ذلك فضلا عن المباحث العلمية الحديثة ونتائجها الحسنة . ولكن ارتياحنا هـذا لا يدل على ان السعي وراء المكافحة قد بلغ الكمال وان العدو قد هلك نهائيا وان شبح الموت المرعب قد زال بتاتا اذ ان الوقوف على الاحصاء لا يؤهلنا ترك متابعة الابحاث العلمية فى هذا الصدد ولا يدفعنا الى العدول عن التيقظ او الى النسيان . وعـدم التحفظ من هذا الخطر المهول . اما باب السعي فيما يخص الطاعون فلا يزال مفتوحا للباحثين فى الشئون الطبية .

يرجع عهد اكتشاف مرض الطاعون الى ما قبل التقويم الميلادي . فقد ظهرت طلائعه فى أثينة Athens فى عام ٤٢٨ قبل الميلاد وكان توسيديد Thucydide[1] يقطن فى ذلك العهد فى تلك المدينة وقد اصيب شخصيا بذلك المرض وشرح كل ما يتعلق بفصوله المحزنة —: ان مذكرات توسيديد Thucydide لم تكن بمذكرات رجل عالم بالتاريخ فقط بل هي تمثل ايضا آراء رجل قوي الملاحظة مطلع يبحث فى هذا المرض من الوجهة الطبية. وقد اختلف المؤرخون فى ارقام الاحصاء واهتم المؤرخ انكلادا Anglada بضبط ذلك الاحصاء فتوصل الى معرفة عدد سكان اثينة فى ذلك العهد فكان يبلغ ١١٠ الف نسمة وقد ذهب ضحية ذلك المرض ما يقرب من

(*) ادوار جبورى شاب عراقي من شبان العاصمة تخرج في العلوم من جامعة ستراسبورج ودخل الجامعة الطبية فى مونتبلية فى فرانسة وهو الآن لم يزل طالبا فيها وقد بعث الينا بهذا المقال الذي نقله الى العربية من (مجلة الطباعة الطبية) الافرنسية واصل هـذا المقال لاحد اساتذة مدرسة العلوم الاجتماعية الراقية وهو الاستاذ ج . ايشوك . ويسرنا جدا ان نرى هذا الطالب زميلنا في المستقبل القريب يتفقد سير التقدم فى بلاده ويقدم لمجلتنا الطبية اول ثمرة من ثمرات مساعيه وقد ذكر فى كتابه الذي بعث به الى ادارة المجلة انه رأى في هذا المقال فائدة من الوجهتين التاريخية والطبية ولذلك فقد ترجم اهم ما جاء فيه مؤملا ان يؤدي عمله هذا خدمة لقراء المجلة ونحن لم يسعنا الا الاجابة الى طلبه في نشر المقال تشجيعا له على الاستمرار فى التقدم . وقد الجأنا ضيق المجلة الى نشر النصف منه وسوف ننشر النصف الآخر في العدد المقبل . اننا نشكر لكاتبه سعيه هذا ونرجو له النجاح فيما هو ساع اليه .

٢٠ الف نسمة وقد جاء فى احصاء (ليتره) Iittre[2] ان عدد سكان مدينة أثينة كان بالغا ٤٠٠ الف نسمة عند وقوع اصابة الطاعون وان ما توفى منهم بذلك المرض يبلغ نحو ٨٠ الفا . والفرق بين الاحصائتين المذكورتين لا يهم الباحث فى الامراض المعدية والذي لا يهتم الا بنسبة المتوفين فهي فى كلتى هاتين الاحصائتين تبلغ نحو ٢٠ من المائة من السكان .

ان كلا المؤلفين متفقان على خطورة المرض وعجز الاطباء عن مكافحة انتشاره . وقد بسط توسـيديد Thucydide مع الاسف الشديد عدم فائدة العلاجات التي جربت للتغلب على هذا المرض الذي لم يكن معروفا فى ذلك الحين . أما زواله فكان بطيئا لانه استمر ثلاث سنوات ولم يكن قد انحصر الوباء فى مدينة أثينة وحدها ولكنه تعداها الى مدن اليونان الاخرى الآهلة بالسكان وخصوصا المدن المشهورة بالتجارة فانها كانت معرضة اكثر من غيرها للاصابة بهذا الوباء .

ثم لم يلبث ان هدأ بركان هذا الوباء ومرت عدة قرون من بعد ذلك دون ان يتيسر فى اثنائها تعقيب انتشار هـذا المرض استنادا الى احصائيـات لا ريب فيها .

فينبغي والحالة هذه ان نرتقي الى القرن الثاني بعـد الميـلاد لاجل العثور على الوباء من جديد . نريد الكلام عن وباء انتونين Pestes des Antonins[3] او كالين Pestes de Galien[4] المشهور (١٦٥ بعد الميلاد) . انتشرت الاصابة عقب وقوع حوادث مؤلمة وذلك فى عصر Marc aurèle (١٦١ ميلادية) وفى مدة حكم ذلك الملك اخـذت تتوالى على الاهالي عدة نوائب متتالية ابتدأت بالعواصف الهائلة والزلازل والفيضان وانتشار الجراد وكان فى ختامها الطاعون فكانت هذه الكوارث المؤلمة قد ساعدت على انتشار الوباء المسمى (بالطاعون الانتوني Antonine واستنادا الى ما ذكره المؤرخ توسـيديد Thucydide ان البواعث المسببة لتعدد الاصابات بمدينة أثينـة فى ذلك الحين هم الجنود الذين كانوا يردون الى المدينة وهم مصابون بذلك المرض.

ثم عادت الاصابة بالوباء فى القرن الثالث كما ورد فى مذكرات القديس سـيبرين Saint Cyprien اسقف قرطجنة المشهور . ومما يذكر نقلا عن بعض المؤرخين ان وباء القرن الثالث انتقل من بلاد الحبشة Ethiopie كما ان هذه البلاد الاخيرة كانت الاصل فى العدوى بوباء أثينـة ووباء الانتونيين Antonin وقد اتفق الاطباء الاختصاصيون على ان اصابة الطاعون المشهورة التى حلت فى القرن السادس كانت مسبوقة بثلاث اوبئة مشابهة للطاعون .

ونقلا عن المؤرخ بروكوب Procolr[5] فى حوالي سنة ٥٤٢ انتشر بركان وباء فتاك كان يبدى بالعالم الانساني اجمع وابتدأت العـدوى فى مدينة بيلوزه Pélu e فى القطر المصري ثم انتقلت الى جميع اطراف المسكونة ، وكانت العدوى تمتد اولا فى

الشواطي ومنها تنتقل الى داخلية البلاد . ومما يذكر ان تقارير بروكوب Procope عن المرض الوبائي الذي كان منتشرا في البلاد مدة حكم الملك جوستينين Justinien (٦) تنطبق على ماجاء فيها بعد بما يتعلق بطاعون القرن الرابع عشر وقد تلقى المؤرخون ذلك بمزيد الاندهاش والرعب . وحسب ما ذكره المؤرخون الذين فحصوا المستندات المتراكمة لعدة قرون فان امتداد الطاعون الاسود في القرن الرابع لن يكن الا تجاوزا من جديد للطاعون الذي كان منتشرا في عهد حكم الملك Justinien وكان ذلك الطاعون الاسود معروفا باسم طاعون فلورنسا وقد اطلق عليه عدة مسميات منها (الموت الهائل) Mortalega Crande او (الوباء الفتاك) Pestes atroussim ، وفي اقل من اربع سنوات اعني من سنة ١٣٤٦ الى سنة ١٣٥٠ تفشت العدوى بالطاعون في جميع المسكونة . ونقلا عن المؤرخ انكلادا anglada ينبغي ان يقدر ما فقدته اوربا بنحو ٤٠ مليون نسمة من مجموع سكانها البالغين من ذلك الحين ١٣٠ مليون نسمة واذا اضفنا الى ذلك ضحايا الصين البالغة ١٣ مليون وما فقدته بقية الممالك الاسيوية والافريقية المقدر بنحو ٢٤ مليون لبلغ الاحصاء ٧٧ مليون نسمة وذلك مجموع الضحايا في مدة اربعة سنوات .

اما اول انتشاره في فرنسا فقد ظهر في مدينة افنيون Avignion وقد مات بسببه ١٨٠٠ شخص في الثلاثة ايام الاولى وقد عين البابا كليمان السادس Clement vi مقبرة خاصة للضحايا العديدين الذين ماتوا بذلك المرض الوبائي ولم يكن بالامكان دفن الاموات واضطر البابا المذكور الى ان يبارك نهر الرون Rhone لتلقى فيه جثث الاموات . ان مجموع ما خسرته مدينة افنيون وضواحيها يبلغ ١٥٠ الف نسمة .

اما مدينة مونتبلية Montpellier فلم ينج من سكانها إلا القليل وفي مرسيليا Marseilles بلغ عدد الاموات في ظرف شهر نحو ٥٦ الف نسمة وبلغ في ناربون Narbonne ٣٠ الف نسمة .

وفي ظرف مدة قصيرة امتد ذلك الطاعون الهائل من جنوب فرنسا الى الجهات الشمالية وبالاخص في باريس Paris وكان يسجل يوميا من الاموات في مستشفى Hotel Dieu ما يبلغ ٥٠٠ نسمة . وبعد كل تلك التفشيات الهالكة في القرن الرابع عشر انحصر ذلك الوباء الفتاك وهدء نوعاما بصورة موقتة في اواخر القرن الخامس عشر . ثم عاد فاحدث اضطرابا في ادنبورج Edinburg سنة ١٦٤٥ وفي لندن عام ١٦٦٥ وفي Laponie (لابوني) عام ١٦٧٠ وفي مرسيليا سنة ١٧٢٠ وفي Missine عام ١٧٤٣ وفي موسكو Moscou عام ١٧٧٠ .

أما في عصرنا هذا فقد يتوصل الى معرفة الطاعون وهو في دور العدوى وذلك بفضل المعلومات والبيانات

الخاصة بالامراض المعدية التي يهتم بشأنها قسم الامور الصحية بجمعية الامم . وقد امكن معرفة الجهات الرئيسية التي تسري فيها العدوى .

لها بقية

الشؤون

الاجتماع السنوي للجمعية الطبية البغدادية

انعقد الاجتماع السنوي للجمعية الطبية البغدادية في المستشفى الملكي في ٢٩ ايلول ١٩٢٧ المصادف ليوم الخميس مساء نحو الساعة السادسة ونصف .

وقد حضر هذا الاجتماع ٢٠ طبيبا . وانتخبت في هذه الجلسة اللجنة الادارية التي تتولى ادارة الجمعية في عام ١٩٢٧ — ١٩٢٨ فكان الانتخاب قد اسفر عن النتيجة التالية :

للرآسة — الدكتور وودمن
لنيابة الرآسة — « صائب شوكت
للسكرتارية — « هاشم الوتري
لأمانة الصندوق — « ابراهيم عاكف الالوسي
لادارة المكتبة — « توفيق رشدي
لعضوية اللجنة التنفيذية — « دانلوب ، هالينان ، سامي شوكت ، حنا خياط

ثم قرئ التقرير السنوي للسنة الماضية الذي نشرناه فيما يلي ثم قرأ الدكتور هاشم الوتري مقالا عن تشخيص اوجاع المراق الايمن . وقررت الجمعية قبول الدكتور انطول آمانوئيل مضبوط عضوا فيها كما انها فوضت ترتيب مناهج المأدبة السنوية لهيئة الادارة .

التقرير السنوي السابع

للجمعية الطبية البغدادية عام ١٩٢٦ — ١٩٢٧

خطاب الافتتاح :

اختم بهذه الكلمات العام السابع لجمعيتكم المحترمة وها انا ذا مقدم اليكم تقريراً مجملا عن اعمال التي قامت بها الجمعية في خلال العام الذي ينتهي بهذه الجلسة الا انني قبل البدء في تلاوة التقرير اود ان القي على مسامعكم بعض الملاحظات التي استعجلت في تقديمها قبل ان تمل اسماعكم من الخطب الطويلة التي ربما اشغلت جميع اوقات جلستكم في هذا المساء .

تعلمون حضراتكم الغاية التي اسست من اجلها هذه الجمعية التي لا نغالي اذا قلنا انها من ارقى الجمعيات التي نشأت في هذه البلاد مع بزوغ شمس الدولة العراقية وكانت تلك الغاية توثيق روابط المودة واحداث التآخي والتعاون بين اطباء هذا القطر وتوحيد صفوفهم ليتسنى لهم التقدم كتلة واحدة على مبدأ هيبوكرات

واحفاده الذين يباهي بهم العالم في الوقت الحاضر ... تلك الغاية المقدسة التي نشئت في قلوب افراد معدودة من مؤسسي هذه الجمعية وهم حاضرون في مجلسنا الآن فدفعتهم الى احداث هذه الجمعية في ظروف عصيبة جداً . ظروف مملوءة بالاضطرابات وتضارب الافكار من الصعب جدا ان تتولد هذه الفكرة النزيهة في ادمغة غير التي طبعت على حب الخير وشغفها حب هذه البلاد ولا أرى حاجة الى التصريح باسماء هؤلاء الاشخاص لأنني سبقت فدونت اسماءهم في الفصل الاول من تاريخ الجمعية الذي نشرته المجلة الطبية في احد اعداد السنة الثانية . فاننا اذا ما قدمنا الشكر لمؤسسي الجمعية فان واجب المروءة يقضي بتبجيل الذوات التي عاشت بمساعيهم الجمعية سواء كانوا من البريطانيين او من ابناء هذه البلاد واخص منهم بالذكر اخينا الدكتور صائب شوكت حيث ان تاريخ الجمعية مملوء بآثره العظيمة ولا تخلو من اسمه اي صفحة من صفحاته

عاشت الجمعية سبع سنوات فكانت زاهية رائعة في عنفوان شبابها ثم اخذ جسمها ينحل ولولم تتعهدها عناية ابنائها البررة التي لاتعرف الكلل لقضى عليها الدهر كما قضى على غيرها من المشاريع في بلادنا التي لم يثبت في تربتها شيء يصل الى حد الكمال

نشأت هذه الجمعية في ظروف عصيبة فاينعت غصونها بالرغم مما كان يهددها من زوابع الاحتراصات الشخصية وتضارب الافكار الذي اذا قدّ اغراهـــا النحول حتى كادت صفرة الموت تبدو على كل جزء من اجزائها ..؟

هناك مايقارب المائة طبيب احياء يرزقون في العاصمة وهناك مآت الاطباء مبثوثين في انحاء القطر وهذه الجمعية لايكاد يتجاوز عدد اعضائها السبعين لايحضر جلساتها الا نفر قليل منهم يحضرون بالضبط لاترى فيهم تبديلا . فكرت في هذه الحالة كثيرا حتى اعياني التفكير فلم اجد بين الاسباب سببا اعلل به هذا الصدود وهذا الهجران الذان منيت بها هذه الجمعية النكدة الحظ من ابنائها المسؤلين عن تقدمها امام العالم الراقي وامام ابناء ذلك العالم الذين يعيشون بيننا ويفحصون مقدرتنا نحن ابناء الشرق او ابناء العراق الذين قد بدأوا في تشييد قواعد حضارتهم .

لاجنسية للجمعية سوى العلم والعلم هو شعارها وخدمة البشر هي غايتها والأطباء كلهم اخوان تجمعهم سماء العراق في صعيد واحد فتجعلهم كتلة واحدة كما فعلت في الايام الغابرة حيث كان الفارسي والعربي والنسطوري والكلداني يندمجون في جنسية العلم ويعملون تحت رايته هـذا ما يخطر ببالي فاود ان ينهض اطباء القطر لاقتحام جميع العراقيل التي ابعدتهم عن الجمعية اذا كانت هناك عراقيل فيصلحوا ما فسد اذا كان هناك خلل ثم ينطلقوا في ميدان العلم الفسيح فيكشفوا لنا عن مكنونات عماهم الغزير حتى نرى خطبهم تضيق بها مناهج الجلسات وتفيض على صفحات المجلة الطبية وعند ذلك تتأجج في

القلوب الخاملة نار الشوق الى طلب العلم فيصبح الكل يداً واحدة متناسية الاحقاد الشخصية عاملة على نشر لواء العلم في هذه الربوع . هذا ما اتمناه من صميم فؤادي لأعضاء الجمعية الطبية المسئولين وجدانا عن مستقبل الطب في العراق . والآن ابدأ في قراءة التقرير السنوي :

الأعضاء :

كانت الجمعية في بدء هذه السنة مؤلفة من ٧١ عضوا ١٣ منهم بريطانيون . وقد انفصل عن الجمعية في خلال السنة الدكتور ماكريجى والمستر غرايس بسبب عودة الاول الى البصرة وابتعاد الثاني عن مصلحة الصحة وانضم الى الجمعيـة في هذه السنة الدكتور ماكس ماكوفسكى والدكتور لويز والدكتور انطون امانوئيل مضبوط فاضحى عدد اعضاء الجمعية ٧٢ عضوا . (٧) منهم في خارج العاصمة و (٦٤) في داخل العاصمة

هيئة ادارة الجمعية :

الرئيس : الدكتور سامي شوكت
نائب الرئيس : « وودمن
السكرتير : « هاشم الوتري
امين الصندوق : « ابراهيم عاكف
الكتبي : « توفيق رشدي

واما اعضاء الجمعية الذين في الخارج فهم (١) شاكر السويدي (٢) افلاطون (٣) توفيق الشهاب (٤) كامل المفتي (٥) شريف الرفاعى (٦) كورنر (٧) سليمان زكريا

اعمال السنة

عقدت الجمعية في خلال هذه السنة سبع جلسات تناولت فيها مواضيع علمية واجتماعية طبية واغلب تلك المواضيع علمية كما يظهر من الجدول التالى ؛

نوع الجلسة	محل الاجتماع	التاريخ	موضوع المحاضرات	اسماء الخطباء
إعتيادية	المستشفى الملكي	٢٩ كانون الاول ١٩٢٦	تطور علم الحياة من عهد فيزال الى عهد ابقراط	سليمان غزاله
«	«	٢٧ كانون الثاني ١٩٢٧	الولادات والوفيات في العاصمة	سامي شوكت
«	«	٢٣ شباط ١٩٢٧	انواع الصرع الغريبة	نظام الدين
«	«	٣٠ مارت ١٩٢٧	تشخيص الحميات	دانلوب
«	«	٢٥ نايس ١٩٢٧	تطور العلوم الطبية والحياتية من عهد فيزال الى هرفى	سليمان غزاله
«	«	٢٩ حزيران ١٩٢٧	البايولوغرافى	وودمن
«	«	٢٥ اغستوس ١٩٢٧	الديابطس	سندرسن

كان عدد الخطب التي وضعت في المنهاج في مبدأ السنة تسع خطب قد طويت اثنتان منها لاعتذار اصحابها عن القائها وقد اوجبت الظروف تبديل بعض المواضيع لأن قسما من الخطباء طلبوا ان نفسح لهم مجالا

لألقاء خطب ليست موجودة فى المنهاج فاقمنا خطبهم في محل الخطب التى تأخر اصحابها عن القائها ومن ذلك نشأ التباين بين المنهاج الأصلي والمنهاج الذى تلوته على حضراتكم الآن . ومهما كان الأمر فان المواضيع التي دار البحث عنها فى السبع جلسات المذكورة فى المنهاج كانت مواضيع فيها من الفائدة ما يدفعنا الى اسداء الشكر الجزيل للخطباء المحترمين الذين تكبدوا مشاق البحث والتتبع فى تحرير خطبهم وقد نشرت تلك الخطب جميعها فى اعداد السنة الثانية من المجلة الطبية البغدادية

وفضلا عن ذلك فان اطباء المستشفى الملكي قد افادوا الجمعية فائدة عظيمة بعرضهم الحوادث المرضية والصور الشعاعية والتحاضير التشريحية المرضية وبذلك قداستحقوامن الجمعية اعظم الثناء وكان من اهم ماشاهدته الجمعية صورا شعاعية تخص مريضا مصابا بكيس ديداني فى الرئة اخذت قبل العملية وبعدها

وصور اخري ترينا طرق التشخيص بالبايولوغرافي الذي جاء نابه اخيرا الدكتور وودمن وقد عرض الدكتور ديلس قيماس تحاضير الحصاة الكلوية التي اجري تشخيصها بالبايولوجرافي ورفعت بالعملية . وخلاف ذلك فقدعرض الدكتور شوكت الزهاوي تحاضير مجهرية من المعى المستقيم والمثانة تحتوي على بويضات البلهارزيا عثر عليهافي مريض كان قد توفى المستشفى من ذات الرئة وعرض الدكتور ابراهيم الآلوسي حادثة ام الدم في الناحية المأبضية ناشئة عن اصابة بطلقة نارية وهناك حوادث مرضية اخرى قد استفادت منها الجمعية استفادة عظيمة وذلك فأنني اسمح لنفسي بتقديم جزيل الشكر لكل منهم باسم اخواني الاعضاء المحترمين .

❊ حضور الجلسات ❊

كانت المواظبة على حضور الجلسات لا تفرق كثيرا عما كانت في الاعوام الاخيرة حيث كان معدل الاعضاء الذين حضروا الجلسات السبع التي عقدت في خلال السنة ما يقارب الثمانية عشر عضواً وكان حضورهم على الوجه الآتي : الدكتور سامي شوكت والدكتور هاشم الوترى ٧ مرات — الدكتور داود نسيم ٦ مرات — الدكتور سليمان غزاله ، عزت ، آرام زرزوانجيان ٥ مرات — الدكتور دانلوب ، وودمن ، كاني ، جورج حيقاري ، شوكت الزهاوى ، بحوشي ، عبد الرحمن المقيد ، شاكر محمود ٤ مرات — الدكتور سندرسن ، ابراهيم معلوف والاستاكالالوفا ، نورالله ، مرزايعقوب ، جوبانيان ، ابراهيم الآلوسي ، لويز ، صائب شوكت ٣ مرات — وهناك ١٩ عضوا حضروا الجلسات مرتين اومرة واحدة ،

فيتضح من هذا البيان ان الذين حضروا جلسات الجمعية من مرة الى سبع مراتهم ٤٣ عضوا واما ما بقي من الاعضاء الموجودين في العاصمة وعددهم ٢٣ فلم يحضروا ولا جلسة واحدة وهم . اسماعيل الصفار ، امين معلوف ، ثه ريخ راوبه شيل دارلينغ ، روبين ، رئيسيان ، ساموئيل بايس ، ستاوروز ، سكندريان ، سبنسر ، سليم ، صبري مراد ، طوباليان ، عبدالعزيز ، عبدالقادر اسود ، عبدالله

اربيللى ، علي ثروت ، فائق شاكر ، كورديان ، مظفر ، ضياء محمود ، مقصود طوقاتليان ، موشي حسقيل .

وان عدم حضور هؤلاء الاعضاء المحترمين ممايوجب الاسف لحرمان الجمعية من الفائدة الفنية والمعنوية اللتين تحصلان من وجودهم . نؤمل الاينحصر انتماؤهم الى الجمعية بمجرد دفع بدل الاشتراك ووجود اسمائهم في قائمة الاعضاء .

الجلسات الخصوصية

التي عقدتها اللجنة التنفيذية

عقدت اللجنة التنفيذية جلسة واحدة فى ٢٥ تشرين الاول ١٩٢٦ حضر فيها الدكتور سامى شوكت ، حنا خياط ، هالينان ، دانلوب ، ابراهيم عاكف ، هاشم الوترى ، وقد نظم في هذه الجلسة منهج جلسات السنة والخطب التي تلقى فيها . وانتخبت الاشخاص الذين يجب دعوتهم الى المأدبة السنوية .

المقررات الخاصة

التي اتخذتها الجمعية في خلال السنة

في جلسة كانون الثاني ١٩٢٧ القي الدكتور سامي شوكت خطابا مهما عن الولادات والوفيات فى العاصمة لفت فيه انظار الجمعية الى خطورة هذا الموضوع ووجوب تدخل الجمعية في امر الوقوف دون الوفيات الهائلة التي تقع بين الاطفال فكان خطابه هذا قد اثار مناقشة حادة اشترك فيها معظم الاعضاء وكان من اكثر الخطباء اعتناء بالموضوع الدكتور هيكس حيث انه وضع الخطة التى يجب السير عليها في مكافحة وفيات الاطفال وقد افضت بياناته الثمينة الى اقتراح الرئيس الدكتور سامى شوكت بتشكيل لجنة لدرس الموضوع وتقديم التوصيات المقتضية الى المراجع الصحية العليا للنظر فيها . فقبل هذا الاقتراح بالاكثرية وانتدبت الجمعية لجنة مؤلفة من الرئيس الدكتور هيكس والاعضاء الدكتور سامى شوكت ، سليمان غزاله ، كاني ، والاستا كالالوفا والسكرتير هاشم الوترى . واجتمعت هذه الجمعية اكثر من ثلاث مرات ودرست الموضوع درسا وافيا ووضعت تقريرا ضافيا قدمته لمصلحة الصحة العراقية ولم نزل نترقب الاجراآت الفعالة التى لابد وان نرى مفعولها في الزمن القريب .

المأدبة السنوية السادسة

اقيمت المأدبة السنوية السادسة فى نزل مود مساء الخميس الموافق ٩ كانون الاول ١٩٢٦ فى الساعة ٧٫٣٠ زوالية مساء وقد اعد للعشاء صالون خاص وآخر للجلوس وقد اطربت الحضار جوقة من الموسيقى الاوربى يضاف اليها اناشيد عربية وتداخذت دورة الاعضاء وضيوفهم قبل تناول الطعام ، ثم جلسوا على المائدة يترأسهم الدكتور سامى شوكت رئيس الجمعية وكان الدكتور حنا خياط والدكتور هالينان جالسين فى طرفي شعبتى المائدة وكان الحاضرون (٣٧) عضوا و٧ من الضيوف وهم الميجر بورديلون سكرتير المندوب السامي والمستر كورنواليس مستشار وزير الداخلية ورشيد بك على وزير الداخلية ومحمود بك الطبقجلي متصرف لواء بغداد ونشأت بك السنوي

امين العاصمة . ورزوق غنام مدير جريدة العراق وسليم حسون مدير جريدة العالم العربي ورستم بك حيدر رئيس الديوان الملكي والمستر كامرون مدير جريدة البغداد تايمس والدكتور ستاند فورد رئيس صحة القوة الجوية . وقد تأخر عن الحضور الثلاثة الاخرون معتذرين

وقد شرب النخب حسب المنهاج وقد اجاب الدكتور هاليتان على نخب الجيش البريطاني الذي اقترحه حنا بك خياط وذلك بدلا من الدكتور ستاند فورد الذي اعتذر عن الحضور وكذلك فقد اجاب على نخب الضيوف الذي اقترحه الدكتور هيكس نشئت بك السنوي بدلا من رستم بك حيدر الذي اعتذر عن الحضور .

كانت المأدبة في هذه السنة في غاية الابهة والانتظام كما كانت في السنين وكانت دليلا على الرقي والتضامن اللذين تصفت بهما هذه الجمعية التي وصفتها احدى الصحف المحلية (بجمعية الذكاء والرقي والفن والتضامن) ويلذ لي ان اردد بعض الكلمات التي فاه بها ضيوفنا الكرام في هذه المأدبة وهي ان السنوي امين العاصمة عندما ختم كلامه الذي افرغ فيه جميع ما ينطوي عليه وجدانه الراقي من الاعجاب بمزايا هذه الجمعية قال « اهنىء هذا المجتمع الفني على معاضدته ايانا في الحياة . واتمنى لأعضائه الموفقية راجياً ان يمدوا الينا على الدوام ايدي المساعدة لاننا لا نقدر ان نعيش بدونهم . فلتعش الطبابة ، وليعش الطبيب الخادم للبشرية :

وقد قال الكيلاني وزير الداخلية بعد مقدمة مشبعة بروح الولاء لهذه الجمعية: «اني اشعر بابتهاج عظيم لدى رؤيتي نفسي بين جماعة من رجال العلم والفن يجمعهم مبدأ سام وهو تخفيف ويلات الانسانية ولاسيما في وطننا العزيز . وياما اعظم سروري وافتخاري حينما استعرض الهمم العالية والاعمال المشكورة التي يبذلها اطباؤنا في سبيل تعزيز اسباب الصحة وتوسيع نطاقها في هذه الربوع . يتبارى في هذا الميدان المبارك الدكاترة العراقيون والبريطانيون وغيرهم والكل متشبع بروح الغيرة والواجب . ان الصحة العامة هي من اهم الدعائم المستند عليها كياننا الصحي والاقتصادي والاجتماعي بل السياسي ايضا واننا بتوحيدنا هذه الدعامة يعلو شأن الوطن لدى الشرقيين والغربيين ويتعزز جانبه واجاهر بانني سأسعى السعي الحثيث الى تحقيق رغبات الجمعية ولاسيما في فتح المدرسة الطبية ولي وطيد الأمل باكمال المشروع خاصة بمعاونة مستشاري المستر كورنواليس الذي رأيته يعاضدني في كل مشروع يؤول بالخير لهذه البلاد اتم حجر الزاوية في بناء الوطن المنتدى فهيا بنا الى السعادة والى الامام . وثقوا بان الوطن لا ينسى مالكم من الايادي البيضاء » .

هكذا انتهت المأدبة السنوية التي هي خاتمة السنة السابعة وأرى من واجبي اخيراً ان اكرر اسداء الشكر لرئيس الجمعية الدكتور سامي شوكت الذي لم يقف لحظة واحدة عن السير بالجمعية في معارج التقدم عضوا كان فيها او رئيسا .

واعترافا بجهوده المشكورة اقدم له هذه الهدية الصغيرة الزهيدة وهي مجموعة المجلة الطبية البغدادية في سنتيها الاوليتين لتكون لديه خاطرة تذكره بالمساعي التي قامت بها الجمعية في الأيام الاخيرة .

اللجنة التنفيذية :

تتألف اللجنة التنفيذية من هيئة ادارة الجمعية ويضاف اليهم الاعضاء الآتية اسماؤهم وهم الدكتور دانلوب والدكتور حنا خياط والدكتور هاليتان وينص نظام الجمعية على ان مدير المختبر الدكتور ميلس هو عضو طبيعي في هذه اللجنة .

اعضاء الجمعية :

نورد فيما يلي اسماء اعضاء الجمعية مرتبين على حروف الهجاء وهم حضرات الاطباء :

ابراهيم الآلوسي . ابراهيم المعلوف انطون مضبوط . آرام زرزوا تيجان . اسماعيل الصفار . امين المعلوف . ئەریخ زاوبەشیك . بجوشي . بن . توفيق رشدي . توفيق محمود . تود . جورج حيقاري . جوبانيان . حنا خياط . داود نسيم . دانلوب . دارلينغ . روبين . روزنفلد . رئيسيان . سامي سليمان . سامي شوكت . سليمان غزالة . سموئيل اداتو . سموئيل بايس . ستاوروز . سكندريان . سبنسر . سندرسن . شاكر محمدي . شريف عسيران . شكري محمد . شوكت الزهاوي . صائب شوكت . صبري مراد . طوباليان . ضياء محمود . عبد الرحمن المقيد . عبد العزيز الكنفاني . عبد القادر اسود . عبد الله اربيلي . عزت . علي ثروت . فائق شاكر . كورديان . لويز . ماكلاود . ماكس ماكوفسكي . مظفر . محمد كاني . مرزا يعقوب . معضود طوقاتليان . موشي حسقيل . ميلس . نظام الدين . نورالله . نورمن . نجيب بابك . ولاستا . هيكس . هاليتان . هاشم الوتري . يحيى سميكة ؟

ميزانية الجمعية لسنة ١٩٢٦ — ١٩٢٧

الوارد

آنه	ربيه	الوارد
		اشتراك ٣٧ عضوا فى المأدبة السنوية
	٧٤٠	٢٠ ربية عن كل عضو
		بدلات الاشتراك السنوي عن عضوية
	٥١٠	الجمعية عضو بدل الاشتراك ٥١ ١٠ ربيات
١٠	٥٨٥	الباقي فى البنك من السنة الماضية
١٠	١٨٣٥	
٦	١٣٨٢	مجموع المصروف
٦	٤٥٣	الرصيد الباقي في البنك

المصروف

آنه	ربيه	المصروف
١٠	١٠	الى المطبعة لأجل طبع برنامج الضيافة
١٢	١١١١	اجرة المأدبة لأصحاب اوتيل مود
	٥	اجرة بطاقات الضيافة
	٢٠	اجرة التصوير
	٣٥	ثمن منضدة لمكتبة الجمعية
	١٠٠	مساعدة للمجلة الطبية البغدادية
	١٠٠	راتب الموزع عن عشرة اشهر
٦	١٣٨٢	

واما ميزانية المكتبة فهي باقية على ما هي في العام الماضي والباقي فى صندوقها الآن (٣٨٠) ربية و(٧) آنات و(٦) بايات ولم يصرف شيء فى هذه السنة .

سكرتير الجمعية الطبية البغدادية

هاشم الوتري

﴿ اجتماع اللجنة التنفيذية ﴾

اجتمعت اللجنه التنفيذية للجمعية الطبية البغدادية برئاسة الدكتور وودمن رئيس الجمعية في ٣٠ تشرين الاول ١٩٢٧ الموافق ليوم الاحد وقد عقد الاجتماع فى مكتبه الجمعية الكائنة في المستشفى الملكي وحضر من الاعضاء الدكتور دانلوب والدكتور صائب شوكت والدكتور ابراهيم عاكف الدكتور توفيق رشدي والدكتور هاشم الوتري وتداولت اللجنة فى شؤون المأدبة السنوية فقررت مايلي :

تقام المأدبة السنويه في ٨ كانون الاول ١٩٢٧ الموافق ليوم الخميس مساء نحو الساعة السابعة ونصف وقد قرر ان يقوم بامر المأدبة الدكاترة ابراهيم الآلوسي، انطون امانوئيل وهاشم الوتري .

المدرسة الطبية العراقية :

فتحت المدرسة الطبية ابوابها للطلاب فى ٢٩ تشرين الأول ١٩٢٧ الموافق ليوم السبت فكان عدد الطلاب ٢٢ طالبا . وتتألف هذه الدورة الاولى من دراسة (١) التشريح (٢) والكيميا والحكمة الطبية و (٣) الحيوانات والنباتات الطبية .

واما الاساتذة ومساعدوهم فهم (١) الدكتور وودمن وصائب شوكت للتشريح (٢) المستر باست وريموند للكيمياء والحكمة الطبية (٣) الدكتور نور والدكتور وكيل من للحيوانات والنباتات .

وهذه اسما طلبة كلية طب العراقية

منير عبد النور
جمال عبود
البر الياس
يعقوب ازجي
رؤف داود
ديكران ديريفايان
خالد حكمت بك
خليل اسماعيل
كامل عيسى
فرآد مراد
البر نسيم
محمد احسان قايماقجي
كرجي رابي
يد علي رشيد
عبد الحميد محمد رائف
عبد المجيد شلاش
يوسف شينا
يونان عبو التونان
مظفر مدحت بك الزهاوي

يترأس ادارة هذه الكلية الطبية حضرة الدكتور سندرسن فسن لهامنهاجاواسعا للدروس المتنوعة من كيميا وتشريح وحكمة طبيعية وعلم الحيوان والنبات فقسم الدروس الى سبع ساعات في النهار اي منذ الساعة التاسعة زوالية صباحا حتى الساعة الخامسة زوالية مساء وسيجني الطلبة المجتهدون فوائد هذا المنهاج المهم وان كان صعبا في بادء الامر .

تتألف الدورة الدراسية في الكليه الطبية من خمس سنوات على الاقل تبتدي كل منها فى اول تشرين الاول وتنتهي في ٣١ ايار

وتقسم السنة الدراسية الى ثلاثة فصول لكل فصل عشرة اسابيع تقريبا يتخللها عطلات يعينها مجلس المدرسين من حين الى اخر وتتالف الدورة الشتوية من فصلين اما الدورة الصيفية فمن فصل واحد . وتجرى الفحوص كل سنة في نهاية الدورة الصيفية .

يداوم الطلبة على حضور الدروس التطبيقية والمحاضرات النظرية والعملية بصورة منتظمة وللجميع شوق زائد لتحصيل فن الطب العظيم الذى كان مزدهرا فى بلادنا العراقية منذ الف عام حيث كان طبيب العراق الكبير ابن سينا يقف تحت الشجرة ويعالج الوف المرضى الوافدين من انحاء المعمور .

ولنا الامل ان تصبح هذه الكلية الطبية راقية بكل معنى الكلمة لان استعداد الطلبة كاف لتلقي هذه الدروس بالغة الانكليزية نظرا لعدم وجود كتب عربية تفي بالمرام لتعلم اصول الطب الحديث واصطلاحاته المتنوعة وقد تجهزت الكلية الطبية العراقية بمعظم المواد والآلات اللازمة لدراسة السنة الاولى وتهتم المديرية منذ الان بتحضير لوازم السنة القادة وتجهيز هذه المدرسة بأحدث الآلات الطبية واجزلها نفعا واعظمها فائدة لتخريج اطباء ماهرين يكونون سبب فخر ونجاح القطر العراقي العزيز ولنا وطيد الامل ان هذه المدرسة سوف تلحق بأحدى جامعات بريطانيا العظمى .

الفيرول

VIROL

يشتمل الفيرول على اهم العناصر الغذائية التي يحتاج اليها الطفل بعد السنة الواحدة من العمر.

هو احسن غذاء بعد حليب الام.

ويحسن تقديمه على غيره من الاغذية حينما يراد اعطاء غذاء آخر مع حليب الام. ولاسيما في زمن الفطام وبعده فالطفل عندما يصبح هزيلا عليلا بسبب الامراض او بسبب قلة الغذاء في السنة الثانية من العمر يجب ان يعطى له الفيرول الذي شاع استعماله في المؤسسات الصحية في جميع انحاء العالم.

ويجد القارىء نموذج من تأثير هذا الغذاء موضح بالتصاوير



هذا رسم الطفل قبل ان يستعمل الفيرول



هذا رسمه بعد استعمال الفيرول



وهذا رسمه اليوم

الوكيل الوحيد للعراق

انور داود فتو

اطلبوه من جميع صيدليات العاصمة : الوكيل في الموصل :اصحاب الصيدلية الوطنية

المجلة الطبية البغدادية

THE BAGHDAD MEDICAL REVIEW

العدد الثالث

السنة الثالثة

المقالات الاساسية

الدورة الدموية

اكتشاف الدكتور هرفي

للدكتور سليمان غزالة

لكي نبين فضل هذا الاكتشاف لابد لنا من التنويه على الافكار السابقة اي تخيلات الفلاسفة فيه .

ان الظواهر الحيوية كانت تعتبر في الاعصار السالفة من اغمض الاسرار الطبيعية واخفاها علةً . وانهما لا يمكن ان يحيط بهما عقل بشري ولا يبلغ منهما ادراك مخلوق . فهي اذا حسب نظرهم تجري على نظام خصوصي فائق الطبيعة . وهو نظام غير الذي تدور عليه الاكوان المادية . فليس اذاً من سنن علمي طبيعي ممكن القياس والتطبيق عليه فيهما . لان العلة والاسباب العاملة لحادثات الحياة مستحيل ادراكها او غير قابل تعيين موضع حصولها. فسموها اذاً: الحياة. الروح والنفس الخلقية... الى غير ذلك من الاسماء لانها مجردة عن الهيولى . لا تقع على الحواس ولا دخل او تعلق لها في المواد الآلية .

(والحالة هذه ان المواد الآلية انما هي التى تديرها وتنعشها وهي عمادها وقوامها .)

اذا نظرنا الى مجموع مجرى الافكار في امر الحياة . نرى بان حتى الجيل الغابر لم يكن قد تقرر امر مما نعلمه الان من علم الحياة.

وكنت سابقاً بينت نشؤ العلوم الحيوية من هيبوقراط الى فيزال . والان اذ كر شيئاً مما قال ارسطوطالس :

ان « ارسطوطاليس » كان قد الف كتباً عديدة فى علم طبائع الحيوان والطب والفلسفة . . . انه يقسم الجسم الانساني الى : راس ، عنق ، صدر ، يدين ، رجلين ، بطن . . . ولكنه لم يكن يفحص كل عضو بمفرده فحصاً خصوصياً طبيعياً ، بل انه يتكلم عن الاعضاء نظرياً وحسب تصوراته وتخيلاته الفزيولوجية الخلقية .

فانه يقول : ان القلب هو المركز الوحيد الذي تخرج منه الاعصاب والشرائين والاوردة . وهو مقسوم الى اجواف ثلاثه كلها متصلة بالرئه . انه جهل منفعة الدماغ قائلاً : ان الدماغ عضو : بارد ، رطب ، غير حساس ، لادم فيه . . . ومنفعته تسكين حرارة القلب . كما ان التنفس منفعته تعديل وملائمة حرارة الجسم .

واما عنصر الحياة فانه يعتقد بان مركزه القلب . فان هذا يقذف الى اطراف الجسم تلك الروح بواسطة الدم بالشرائين والاوردة

ان «ارسطو» اتخذ افضل يد عند اهل العلم لاسيما بنجاحه في علم الحيوانات والمقابلة التشريحية بينها .

على انه شذ فى نظرياته الخلقية الفزيولوجية لانه لم يستند فيها على ملاحضات الطبيعة لاستنتاج الحقيقة .

اما جالينوس فالحظ والتوفيق ساعداه بان يملك ، بالاشتراك مع ارسطو ، على المدارس والتعليم مدة اجيال .

ومما يستفاد من كتب جلينوس انه لم يتوفق قط من تشريح جثة انسان . واكثر اعتماده كان على السعادين والكلاب فجميع تحديداته وتعريفاته تعتبر مطابقة الحقيقة ولكن لتلك الحيوانات وليس للانسان .

فلولا بعض الوهم لامكنا ان نقول : بان جالينوس كان قد اصاب فى كثير من اراَئه . ومن ذلك حصول التنفس آليا . وكذا فى تفصيله الاعصاب فانه فرق بين ما للدماغ منها وما للنخاع الشوكى .

وتعمق ايضاً فى فصل الاقنية الدموية . فما ز بين الشرائين والاوردة قائلاً : ان هذه تتصل بالكبد الذي هو مركزها وتلك بالقلب من بطينته اليسرى . وفى اليمني منه تتصل به الرئة بواسطة شريانها الخصوصي . وعلى تلك المعلومات بنى جالينوس قواعد اراَئه الفزيولوجية . فانه ذهب بان ثلاث قوى فى الحيوان كافلة له بالحياة : الاولى مركزها الكبد . والثانية القلب . والثالثه الدماغ .

فالاولى تدبر الافعال الطبيعية بالكبد بواسطة الشرائين . والثانية تدبر الافعال الحيوية بالقلب والاوردة . والثالثة تدبر الافعال الحيوانية بالدماغ والاعصاب .

واما العنصر المحرك لتلك كلها فهو الروح الذي يحصل بالريح ولكنه يقتبس من الهوآء ايضاً .

ومما يرجع فضله الى جالينوس وضعه ركناً للفزيولوجية التجريبية . فانه كان يمتحن ويختبر على الحيوانات وهي حية ما كان معروفاً مقبولا نظريا . ومن ذلك انه لاحظ بان اذا ما فصد وريد حيوان حى ينبعث منة الدم متنبضاً

فكان يعلل ذلك : بان الدم يدور بالاوردة مختلطا بالروح الحيوية التى تحركه .

ولما كان قد قال : بان الدم الشرائيني يمر من جوف القلب الايمن الى الرئة فيكون قد تقرب من حل مسالة الدورة الدموية ولكن مما اذهله فيها مذهبة بان الدم يتوجه الى الرئة لياخذ العنصر الحيوي . فلم يحط به علمه ولم ينتقل فكره من ذلك الى ، ان الدم لا يرجع القهقرى بل يذهب من الرئة بواسطة الشرائين الى جوف القلب الايسر فتكمل دورته . وذلك ايضا لانه كان قد عرف بان الاوردة والشرائين تلتقي ويختلط دمها عند منتهاها الشعري في اطراف البدن . وكان يخال له السبب بان الدم لايدور بل له في اقنيته حركة النبض بجريه اليا التنفس

ناتي الان على اعظم الاكتشافات في الجيل السابع عشر وهي الدورة الدموية لقريع دهره الدكتور وليام هرفي وكان اكتشافه سنة ١٦١٦ .

ان وليام هرفي طبيب انكليزي ولد في «فولستون» سنة ١٥٧٨ ومات في ، لامبث سنة ١٦٥١

توظف سنة ١٦١٥ لتدريس التشريح والجراحة فى المدرسة الملكية .

ان الملك جك الاول وشارل الاول اختاراه طبيباً لذاتهما . انه رافق شارل الاول فى منفاه . ومن بعد وفاة هذا الملك اختار « لامبث » مستقراً له .

عند ما توفى هرفى اهدى مكتبته الى المدرسة الطبية . وكذا قسماً مما كان يملك .

ومما لاينكر ان هرفى جعل اسمه حياً يذكر ابداً بواسطة اكتشافه الدورة الدموية .

وكان قد سبقه « ميشل سرفه » ولكن حزراً وتخميناً فى الدورة الدموية الرئوية . واما « كولومب » و« ارانزي » فكانا قد اطلعا على وصول الدم الى القلب من الوريد الاوطى . ولكن هذه التخمينات او الاطلاعات كانت حزراً وبلا انتظام . اما هرفى فله الفضل فى درسها وتاليفها واثباتها بنوع لا ينكر ولا معارض له فيه وذلك الدورة الصغيرة كان ام الكبيرة .

اما هذا الاكتشاف فانكره وعارضه فيه كثيرون . ومنهم : « ريولان » « كى باتن » وبعض معلمي مدرسة باريس الطبية . على انه من هؤلاء : سلفيوس : هوفمان : ديكارت . . . اسندوه وقرروا سمو اكتشافه .

هذا ما جعل ان هرفى يطيب نفساً لدى اواخر ايام حياته لانه راى بان اكتشافه صار مقبولاً فى اوروبا كلها .

ان علم الحياة مديون لهرفى ايضاً فى جملة اكتشافات مهمة . ومنها فى امر التولد . فهو اول من قال واظهر بان «كل حي من بيضة » وبين ذلك فعلاً عياناً وبالتجربه

omne vivum ex ovo

واما من كتبه ومؤلفاته فنذكر منها

Exeicitatio anatomici de motu Cordis et Conguinis in animalibus 1928

وفي هذا الكتاب يعرض ويشرح اكتشافه الدورة الدموية . وهذا المؤلف حقيقة من افضل واسمى ما جاء في العلوم التحقيقية وهو بغاية من الكمال .

وهذا الكتاب ترجمه الى الفرنسوية المعلم « ريشه » سنة ١٨٧٩

فاسمحوا لي بتلخيص ما سبق

ان الدورة الدموية لم يكن يتصورها احد في الدورين السابقين اعني « ان الدم يدور على الدوام في اقنيته » بل انهم كانوا يخالون بان له حركة المد والجزر تحت حكم التنفس »

فمنهم من خال له بان الشرائين كلها تخرج من القلب لتفريق الدم المغذي للجسم . واما الاوردة فتجري فيها الريح والروح الحيوية (بقراط ، ارسطو ، ارازسترات)

واعيد الآن ماقال جالينوس « مبدلا رأيه » ان الاوردة فيها دم ومثلها القلب الايسر . فهذه بتقلصها وانقباضها وانضغاطها تقذفه الى الشرائين . وقال ان الدم يتكون في الكبد الذي منه تشتق الشرائين فتتصل باطراف الجسم . والدم يسيل فيها صادا ورادا فيتوصل الى القلب الايسر بواسطة « مسام » الحاجز فيه ليختلط بالروح فيمر من ثمة بالاوردة .

دام هذا الرأي مقبولا على علاته عند جمهور العلماء حتي نهاية الجيل السادس عشر . ولكن كان فيزال قد اوقع الشك فيه . لانه اظهر بان حاجز القلب ليس فيه من مسام يمر منها الدم الى القلب الايسر . بل ان الدم ياتي الى بطينة القلب اليسرى بواسطة اقنية الرئة .

وبعد فيزال ايضا وقع الشك باقوال جالينوس فيه لدى اكتشاف الثنيات القلبية وغيرها .

اما وقتئذ فلم ينتقل المكتشفون الى رؤية الحقيقة لان شهرة جالينوس كانت قد اغشت على ابصارهم . فانهم كانوا يقبلون بنظرياته التخيلية دون فحص ولا اعتراض بل كان الجواب المفحم للمعترض « المعلم قال كذا» Magister dixit

اما هرفي فلم يحتفل بقول المعلم جالينوس ولم يلتفت الا لحدسه السليم . وهذه كانت الطريق التي دلته الى رؤية الحقيقة عيانا فلم يبال من اشهارها رغما عن الاخطار على نفسه من قبل العماة المتعصبين المشغوفين باقوال المعلم .

فلم يعبأ بهم واستند على باصرته وبصيرته قائلا : ان الدم يدور بين الشرائين والاوردة مارا بالرئة والكبد .

ان اكتشاف هرفي « الدورة الدموية » هدم ابديا التخيلات والتصورات القديمة وادخلنا بعهد جديد . ومذ ذاك صار اكثر العلماء لايعبأون باقوال « المعلم » واتخذوا لهم الطريق التي دلهم عليها هرفي .

اما ارباب الجهل واعوان التعصب والحسد فلم يغفلوا بهذه الفرصة ايضا التي اكسبت هرفي اعظم وافضل شرف من المضاددة والمعارضة حتى اضطهاد المكتشف . ولا يخفي ما قاساه هرفي من قبل المضطهدين له .

ولكن هرفي مضى رافعا اعلام الظفر فرحا مسرورا بالحقائق التي فاز بها وايقنت كل اوروبا بحقيتها . وهذا الاكتشاف صار ينبوعاً يستقي منه علماء الحياة ليتوصلوا من اظهار الحقائق الحيوية .



اوجاع المراق الايمن

للدكتور هاشم الوتري

ان من اهم الصعوبات التي اعترضتنا في قسم الامراض الداخليه في المستشفى الملكي في خلال السنتين الاخيرتين — تشخيص الاسباب الباعثة الى حدوث الالم في المراق الايمن . والالم في هذه المنطقة شائع جداً بين وفود المرضى الذي يأمون قاعات الامراض الداخلية ولا ابالغ اذا قلت ان اكثر من الثلث من هؤلاء المرضى كانوا يشتكون من هذه البلية الكبرى . ولما كان الالم في المراق الايمن عرضاً يحدث في جميع اصابات الاعضاء المهمة الموضوعة في النصف الايمن من البطن فقد كان من الصعب تفسير هذا الالم وقد يستحيل على الباحث احياناً الاهتداء الى منشائه بالبديه من وسائل البحث المعتادة ويبقى المرض سر من الاسرار التي لا يمكن اماطة اللثام عنها الا بالعملية الجراحية . وهكذا كنا ولم نزل قاصرين عن النفوذ الى مكامن الداء المورث للألم من هذا القبيل وتقصيرنا هذا قد بعث فينا روح الشوق الى التتبع في هذا الميدان منذ ما يزيد على السنتين ومع ذلك فلم يقدمنا التتبع ولا خطوة واحدة في سبيل التشخيص . وبما انني معتقد بأن هذا الموضوع من اجل المواضيع التي تستحق الدرس فقد وجدت من المفيد ان اطرق بابه قبل ختام جلسات هذه السنة متوخياً في ذلك الايجاز مهما امكن .

تتولد اوجاع المراق الايمن من أي كان من الاعضاء الآتية (١) الكبد والحويصل المراري (٢) الاثني عشرى (٣) رأس البنكرياس (٤) الكلية اليمني (٥) الزائدة الدودية (٦) الكولون (٧) الملحقات الرحمية . هذا وقد تكون الاوجاع في هذه المنطقة ناشئة عن امراض في داخل الصدر وآفات في العامود الفقري او جدار الصدر او خراجات تحت الحجاب الحاجز

الكبد

ان كثير من الامراض التي تؤدي الى ضخامة الكبد تكون مصحوبة باوجاع المراق الايمن ومن اشهر تلك الامراض التي عثرنا عليها هو احتقان الكبد والتهاب الكبد . وخراج الكبد . وسرطان الكبد .

وهناك امراض منحصرة في الكيس المراري يجب ان نذكرها في هذا الصدد وهي الحصى الصفراوية والتهاب الكيس المراري وسرطانه . وفي هذه الحالات يوجد في موضع الكيس المراري الم يظهر بالضغط على الكيس نفسه ويكون هذا الالم مصحوبا بحادث مميز لامراض الكيس المراري وهو ان النفس يتقيد اذا ضغط الباحث باصابعه على الكيس المراري بينما يكون المريض في حالة الشهيق العميق وفي التهابات الكيس المراري تأخذ

المريض حمى وربما كانت هذه الحمى مصحوبة بعرواء.

وتكون اوجاع المغص الصفراوي متمركزة خاصة في المراق الايمن ولكنها تطمح في التوسع الى خلف وأعلى نحو الكتف الايمن وقد تلتبس هذه الاوجاع بالتى تحدث عقد وجود الكلية المتحركة او المغص الكلوي. فاذا كانت الاوجاع تحدث في الليل كما تحدث في النهار فذلك مما يؤيد كونها من الاوجاع الصفراوية!

ومما يجب الالتفات اليه هنا ان عدم وجود اليرقان ليس من الامور المانعة لأقرار تشخيص امراض الكيس المراري

الأثنى عشرى :

ان من اشهر امراض الأثنى عشرى التى تولد الالم فى المراق الايمن هى القرحة الأثني عشرية وتكون اوجاعها موضوعة عميقاً في المراق الايمن ولها عادة اوصاف الالام التى تحصل في الجوع. ومع ذلك يجب ان نتذكر ان اوجاعاً بنفس هذه الصفات قد تكون منبعثة عن التهاب مزمن فى الكيس المراري او في الزائدة الدودية وقد يتعذر تفريقهما احياناً ولا يتيسر تمييزها عن بعضها الا بالاستقصاء الجراحى ومع ذلك فأن لاوجاع القرحة الأثني عشرية حملات معينة تتخللها فترات يزول فيها الالم وتكون هذه الاوجاع ليلية ويكثر وجود القرحة الأثني عشرية في الرجال وتكثر امراض الكيس الصفراوي في النساء واما التهاب الزائدة الدودية فهو يوجد في كلا النوعين على حد سواء. وترتفع نسبة الحامض الكلوريدريك الحر في محتويات المعدة ويكون هذا الترفع اشد استمراراً مما هو في عسر الهضم المتولد عن التهاب الزائدة الدودية والحصاة المرارية. واذا وجد الدم في الغائط اوافاد المريض وجوده قبل هذا كان ذلك دليلاً على وجود القرحة الأثني عشرية.

البنكرياس :

من الممكن ان تكون اوجاع المراق الايمن ناشئة عن اورام خبيثة في البنكرياس وفي هذه الحالة ربما امكن ادراك ورم عميق بواسطة الجس ويوجد اليرقان في اغلب امثال هذه الحالات مصحوباً بتمدد الكيس المراري.

واما اذا كان اليرقان ناشئاً عن الحصى الصفراوية فلا يوجد ذلك التمدد عادةً.

الكلية اليمنى :

قد ينشأ الم المراق الايمن من امراض في الكلية اليمنى واشهر تلك الامراض هي :

(١) تحرك الكلية اليمنى — فاذا كانت الكلية اليمنى متحركة ربما نجم عن حركتها التواء الحالب او انجراره ويحدث عن ذلك الم فجائي في المراق الايمن يشبه مغص الحصاة الكلوية الا ان هذا الألم يحدث في النهار بينما ان المغص الصفراوي كثيرا ما يكون في الليل.

(٢) الحصاة في الكلية اليمنى تورث وجعا مزمنا في المراق الايمن والظهر. وفي اغلب الاحيان نجد ان الكلية في هذه الحالة قد اصبحت كبيرة ومؤلمة وندرك ذلك اذا اجرينا الجس بواسطة اليدين ويجب ان نتذكر ان البول في مثل هذه الحالة ربما كان غير دال على شيء يفيدنا في

التشخيص الا ان البحث بالاشعة يفيدنا هنا كثيرا لأنه يميط اللثام عن المرض ومع ذلك فاذا عجزت الاشعة عن اكتشاف الحصاة فلا يجب ان ننفي امكان وجودها بتاتا.

(٣) المغص الكلوي — اذا وجد المغص الكلوي بحالة حادة فمن الصعب تفريقه عن مغص الحصاة الصفراوية وكوليك الرصاص او مغص التهاب الزائدة الدودية الا ان هناك اشارة تدلنا على كون المغص مغصا كلويا وهو انه يبدأ من اسفل الاضلاع السفلى ويمتد الى اسفل فيبلغ الاربية وربما كان مصحوبا بالقيء والحمى. وقد يشاهد في البول دم او احجار في اثناء صولة المرض او بعدها ومع ذلك فلا يجوز ان يبرح عن الذهن ان البول قد يكون مشحونا باملاح الاورات في اثناء الاصابة بالمغص الصفراوي او بعدها.

(٤) التهاب الحوض الكلوي — قد يكون هذا الالتهاب سببا لوجع المراق الايمن ويدلنا فحص البول في هذه الحالة على اشارات مشخصة لهذا الالتهاب ومن تلك الاشارات البول الصديدي (Pyuria) والبول البكتريائي (bacteruria) وربما امكن ادراك ضخامة في الكلية بالجس باليدين. والذي يصاب بهذا المرض هو عادة امرأة حامل والألم يبدأ بصورة حادة وينشأ من الخاصرة اليمنى والمراق الايمن منحدرا الى اسفل نحو الحفرة الحرقفية والحوض. وترتفع الحرارة وتتشنج العضلات وتزايد الاحساس في الخاصرة وفى الجهة اليمنى من البطن

(٥) خراج ما حول الكلية Perinephretic apscess قد يحدث الم المراق الايمن والناحية القطنية عن وجود هذا الخراج وفي هذه الحالة تدرك اليد ورما او يرى بالعين نظرا لبروزه من الخاصرة وتكون هناك العلامات التي تظهر عادة عند وجود التقيح في اماكن غائرة كالخراج الذي نحن بصدده

الزائدة الدودية :

اذا كان الشخص مصابا بالتهاب مزمن في الزائدة الدودية فان الوجع الذي يحصل من ذلك الالتهاب يشعر به المريض خاصة في المراق الايمن وهذا الالم هو من قبيل مايشعر به المرأ عند الجوع كما ذكرت آنفا. ويجب في هذه الحالة البحث عن الحساسية في نقطة (مارك بورني) وفى التهاب الزائدة الدودية يحصل عادة تفسخ المواد البروتيئية ومن هذا التفسخ يتكون الاندول ومنه ينشأ الانديكان فيفيض على البول وتوجد منه فى البول كميات كبيرة وان كثرة الانديكان فى البول تعين على تمييز التهاب الزائدة الدودة عن الحصيات الصفراوية عند ما تتشابه اوجاع هذين المرضين

الكولون

قد تنشأ اوجاع المراق الايمن من التصنعات الجديدة التي تتكون فى جوار الزاوية الكبدية للكولون الا ان الباحث فى مثل هذه يدرك عادة ورماً فى هذه المنطقة وعلاوة على ذلك فأن هناك علامات اخرى تدل على انسداد مزمن في الامعاء.

الملحقات الرحمية :

تتولد من التهابات البوق او التواء ساق المبيض او انفجار حمل خارج الرحم اوجاع فى الجهة اليمنى من البطن وتبلغ هذه الاوجاع معظم شدتها تحت ناحية المراق الايمن فأذا اجري فحص محتويات الحوض بوجه الدقة فأن الباحث سوف يجد ما يكفيه من الوضوح للاهتداء الى التشخيص

ذات الجنب واوجاع الاعصاب بين الضلعية والهربس زوستر : تلك هي من جملة الاسباب الباعثة الى اوجاع المراق الايمن .

الخراج تحت الحجاب الحاجزي :

توجد في هذه الحالة روايات من قبل المريض تشير الى اصابته قبلاً بقرحة في المعدة او الاثني عشرى او التهاب في الزائدة الدودية او خراج في الكبد وقد يبدأ الالم فجأة او تدريجياً . وتأخذ المريض حمى ويزداد اللوكوسيت في دمه وهما علامتان تشير الى وجود التقيح في اقسام غائرة من الجسم ويوجد فى البطن ورم لايتحرك مع حركات التنفس وقد يكون صدى هذا الورم طبلياً بالقرع فوقه وسبب ذلك وجود الغاز في الخراج وفي هذه الحالة يمكن بالقرع احداث الصدى المعدني . وفي وجود الخراج تحت الحجاب الحاجز توجد عادة علامات تشير الى وجود ذات الجنب فى قاعدة الرئة المجاورة للخراج ولكن الكبد يظل قاعدة فى مكانه ولا يندحر الى اسفل . والبحث بالاشعة ربما ساعدنا على تعيين موضع الخراج ولكن لايجوز ادخال الابرة للاستقصاء الا والمريض فوق مائدة العملية حينما يكون الخراج قد اعد كل شئ لفتح الخراج حالاً بعد وجود

معضلة وفيات الاطفال في العراق ومعالجتها

سأل يوما يوليوس قيصر روما احد قضاته : من هو الوطني فاجاب فوراً « من انقذ رومانيا من الموت ومن بكى رومانيا راحلاً . »

ايها السادة

مع الاسف لست فيلسوفاً ولا سياسياً لأشرح امام حضراتكم ما في جواب القاضي الروماني من سمو المغزى ونبل الرأى ، وصدق الوطنية ، ولست من الذين لايشعرون بالتقهقر المادي والادبى الذي لحق بهذا القطر المبارك منذ تقلص عنه حكمه الذاتى ولكنني طبيب قبل كل شيء ؛ فبعد ان نظرت بمجهر التتبع الى حالة مجتمعنا وشعرت بمسبر الاحصاء والتنقيب بملفي عظامه المنخورة من ازمان ودثار حق لي ان انادي ؛ بعد ان ايقنت بتشخيص الداء بانه اذا كان هناك ما يدعى قضية او قضايا وطنية فالصحة الفها وما تبقى يا ؤها .

ايها الاسياد

اشغلت قضية تناقص النفوس من جراء وفيات الاطفال خاصة علماء الاجتماع والطب فحق لنا نحن معشر الاطباء خاصة والعراقيون عامة ان نعيرها جانبا كبيرا من اهتمامنا

ونتفانى في سبيل حل عقدتها وازالتها كيف لا واننا لعالمون بان هذا القطر الذى كان قبل بضع مئات السنين مهد الارقى الامم ومثلا واغنا للمالك المأهولة اضحت معظم اصقاعه من توالي الايام الاحكام قفورا وبطائح تجردت عنه اهلوه وامست في خبر كان .

قبل عام مضى نهضت الجمعية الطبية البغدادية نهضتها فشمرت عن ساعد الجد ولجأت الى سبرغور هذه المعضلة وتذرعت بما لديها من نظريات علمية واساليب اجتماعية لوضع اسس وطيدة لمكافحة هذه العلة الاجتماعية ولم تزل الامال معقودة على ماستحققه الجمعية المشار اليها في امرهذا الداء .

لااقصد مساء اليوم البحث مع حضراتكم في معدل الوفيات العمومية بنسبة الولادات كما انني لااود ان اخوض غمار اسباب الوفيات العمومية المختلفة التى يطول شرحها ، لكننى سألخص الكلام في وفيات الاطفال الذين تتراوح اعمارهم بين اليوم الواحد والخمس سنوات فقط . وتمهيدا لبحثنا هذا ايضا لابد من الذكر بان لااحصاء موثوقا لدينا حول الولادات والوفيات العمومية في قطرنا العراقي حتى الآن ولهذا ساضطر الى الاستناد الى احصاء العاصمة فقط وذلك في الفترة التى بين السنة الـ ١٩١٨ و١٩٢٥

يؤيد احصاء بغداد بان عدد الولادات في السنوات الثمانية الاخيرة اعني حتى منتهى عام ١٩٢٥ كان ٢٧٦٥٠ اى بمعدل ٣٤٥٦ سنويا وعدد الوفيات ٣٠١٤١ اى بمعدل ٢٥١٧ سنويا ايضا .

يجوز لنا بدون التشبث لتأييد هذه الارقام او نقضها ان نستنتج منها ثلاث بارزات مؤلمات ، وهي التقارب الذي بين الولادات والوفيات ؛ ووفرة الوفيات بنسبة الولادات والتوازن بين وفيات الاطفال والوفيات العامة التي ليست باكثر من ضعفي وفيات الاطفال

فازاء هذه الكارثة الاليمة قد يصاب الكثيرون لمجرد علمهم بان مستوي وفيات الاطفال يكاد ان يتقارب في الاقطار الافريقية والاسيوية ، ولا يستثني من هذه القاعدة سوى اليابان فقط واما مصر فلم يتحسن احصاء وفيات اطفالها الا منذ مدة وجيزة لا تتجاوز اعواما عشرة فقط .

فاذا ما غضينا النظر عن الامراض العامة التي تنتهي بالموت دون تفريق بين اقليم واخر او تمييز بين سن واخر الحالة التي جعلت قضية وفيات الاطفال في البلاد الراقية اشبه بحادثة تاريخية اكثر منها معضلة عصرية تستلزم اهتمام المجتمع ، جازلي ؛ لا بل فرض على ان اقول واصرح ، بان اهم الاركان الداعية الى وفيات الاطفال في العراق هي في مقدمة الامر ، جهل الام تصرفها فى اثناء معترك الحبل اى قبل الولاد ؛ وجهلها كيفية تغذية طفلها في الدورة الاولى التي تلي الولاد ، وجهلها بصورة خاصة تربية طفلها وتغذيته حسب نواميس الطبيعة في السنوات الخمسة من حياته خارج الرحم ، واقصد بهذه النواميس اسس حفظ الصحة .

لاريب ؛ ان من جملة المعاول المتواصلة لهدم كيان هذا المجتمع هي التقاليد المحلية التى اخضعت بعض الامهات لاحكامها او قل اكثرية الاسر حتى العريقة منها فجعلتها

لاتفكر في تطبيب الاطفال ومداراتهم والاعتناء بشؤنهم فحرى بهذه التقاليد ان تنعت بسلاسل من الجنايات وجدير بهذا العصر المدني ان ينبذها نبذ النوى .

فلما كان مبحث اسباب وفيات الاطفال واسعا لايكاد ان يلخص في مثل هذا الموقف عمدت في اجتماعنا هذا ان اقتصر الكلام عن احد اسبابها الاساسية فقط واعنى به «الجداع» او بتعبير آخر «التغذية السيئة» .

فتمهيداً للموضوع علينا ان نعلم اولا ما مصدر الحاجة الى الغذاء والى اي غذاء نحتاج ؟

تنبعث هذه الحاجة في الاكوان الحية على الاطلاق من حيوانية ونباتية على صورة حفظ التوازن فى مجموع كيانها فاذا ما اختل هذا التوازن اضطربت العضوية بمجموعها وفقدت نظامها وسادت الفوضى فى وظائفها وسيطرت عليها العوامل المرضية : فتتقوض انئذ حصونها الدفاعية ومعاقلهــــا ، وبتعبير آخر تمرض وتهزل حتى تفارقها الحياة .

اما الاغذية التى نحتاج اليها فعديدة هي ومختلفة وقد تضاربت الآراء فى تبويبها وتنسيقها .

مضت اجيال عديدة على البشرية ؛ والانسان لايقدر الاغذية ويحكم فى جودتها الا من حيث ما كان يستعده منها من قوة ويجد فيها من لذة ويشعر بما فيها من نفاسة حتى قبيــل القرن التاسع عشر حيث اتت الــكيميــا. الحيوية(Biochimie) فاملت احكامها فى قضية الاغذية وجعلت الغذاء الصحيح ما يزود العضوية بمقدار معين من الوقدات (Calorie) يختلف باختلاف ثقل البدن تأميناً للحرارة وسداً للجهود (energie) فكانت اهم المنابع التغذوية المنصوص عليها على ذلك العهد؛ الاجسام الشحميــة (Corps gras) ومائيــــات الفحم (hydrate de Carbone) والاحينــــــات (Albumine) الخ . مع نزر قليل من الازوت .

اما اليوم فيستنكر علم الحيــاة الطبي هذه الاصول المستندة الى ارقام ونظريات حسابية اكثر منها عمليــة ويعتبرها ناقصة ومشوهه ان لم تكن مخطئة ولم يزل ساعيا وراء طريقة علمية وعملية معا عساه يجد ضالته المنشودة اعنى التغذية الحقيقية .

فمن جملة ما اقره الرأى الطبي العام حديثا وعقدت عليه الخناصر من حيث التغذية الرشيدة تحقق بان بجانب المواد الغذائية المعول عليها فى علم الكيمياء موادا اخرى لامتناهية فى التنوع مختلفة عن بعضها اختلافا كليا ومتصلة ببعضها باداةواحدة وممتازة عما سواها بميزة خاصة وهذه المواد وان كنا نجهلها ولاندرك كنهها غير انــــــا نتحدس اهميتها فى عالم الوجود . اما حدسنا هذا فيستند خاصة الى ميزة ذاتية فيها و واسطتها يتجلى تأثيرها كلما تجرعت العضوية جرعة جزئية منها واحيانا ايضا بمجرد وجودهــا فقط فى الغذاء فانها تتصرف فيه كتصرف الجسم المحلل او المجزي (Catalyseur) ازاء الاجسام قابله التحليل والتجزئة . وقد نعت العلماء هذه الاجسام بنعوت احدثها « الدقاق »(Micrimes) وهى للعلم هوكننك Hugounenp

جعلت التحريات الفنيــة الحديثــة هذه الدقاق فى فصيلتين الاولى منهما ويعبر عنها بالحيوين (Vitamine) هى اجسام نجهل فى الحقيقة ماهيتها وتركيبها الكيماوى غير اننا نعلم بصورة قطعية ان لاغنى للحياة عنها ، وقد اكتشف المنقبون حتى هذا العهد منها خمسة انواع فقط واشاروا الى كل منها باحد الحروف الابجدية الخمسة الاولى وهى : الحيوين (ا) و (ب) و (ج) و (د) و (ه) . واما الفصيلة الثانية فهي اما اوصال(Fragment Ultime) سيحق الذرة الاحينية او املاح معدنية او شبه معدنيـــة كالـكلسيوم والفوسفور والفحم والبوتاسيوم الخ .. وهذه برمتها لاتعمل فى قضية التغذية كمواد بنائية بل كمحرك للتجزئة والتحليل فقط (Métabolisme).

اقف عند هذا الحـد وهو بيت القصيـد اذ لابد ما تتساءلون عن علاقة هذا البحث الكيماوي بقضيتنا الاساسية وهي اسباب وفيات الاطفـال بعامـل التغذية السيئة .

لاجدال ؛ ان علاقة هذا البحث بموضوعنا شديدة وصميم ؛ وان اعرتموني جانبا من سمعكم ساوافيكم بالبينة فيما يأتي :

يدعى الطبيب لفحص طفل لم يتجـاوز الخامسة من العمر ؛ او بالاحرى كثيراما يصادف الطبيب طفلا فى اثناء الصيف خاصة ؛ مصابا بالتهاب فى منضمته العينية ؛ وبعد مرور بضعة ايام ؛ تأخذ عينه بالتقرح استدراجا حتى تذوب وتضمحل كليا وبطيئا . فاذاما كان الطبيب زاهدا فى الخبره ؛ او مهملا او جاهلا ؛ او متجاهلا ؛ فكثيراما يكتفي ببعض القطرات التي يكثر استعمالها فى الامراض العينية البسيطة ولكن هيهات ان يشعر بتحسن ما . فلو تأمل الطبيب مليا فى الطفل ؛ واستقص حالته ؛ ولم يكتف بالاعراض المرضيــة المحلية ؛ بل جد فى تحرى اسبــاب المرض البعيدة و نقب عنها فى اقاصى عضويته لماضل سواء السبيل ولما اضاع وقتا ثمينا فى مداواة ومعالجات لا امل منها ؛ ولعلم بان الخوص xerophtalmie اي ذلك المرض العيني الفتاك السالـف الذكر لايحصى من حيث مبحث اسباب الامراض ؛ فى الامراض العينية العادية ؛ بل انمـا يجد مصدره فى التغـذية السيئة التي الفهـا الطفل وهي عبـارة عن نشأئيات ورائب وما دون ذلك .

فلو شخص الطبيب العلة وعرف اسبابها الحقيقية وعدل عن الكحول المختلفة والمعتـادة فى الامراض العينيـة المعلومة ؛ واستبدت اصول التغذية المقتضية فى مثـل هذه الظروف واضاف الى غذاء الطفل المصـاب بالخوص مقدارا من دهن كبد الحوت ؛ اوالمح (صفرة البيض) مع مقدار من البقول الخضراء لانقـذه لامحــال . فالسر الذي فى هذه المواد الغذائية الجديدة ليس الا العنصر الذي نجهل ماهيته وان كنا ندرك كل الادراك ماله من الاهمية وهو الذى ينعت بالحيوين (١) . فبدون هذا الحيوين لاشفاء الطفل المصاب بالخوص مهما كانت اغذيته مستكملة العناصر كيمياويا .

كثيراما نستشير الطبيب فى امر طفل لم يكن قـد بلغ السنة الخامسة من العمر ؛ وهو لا يبصر شيئا بعينه منذ

غياب الشمس بينما تستعيد عينه رؤيتها عند الصباح بدون مشقة . فاذا ما نفينا ما هنالك من اسباب مرضية ؛ كثيرا ما نجد اسباب هذه العاهة المدعوة العشاء الوبائي (Hemeralopie épidemique) في تغذية الطفل السيئة تلك التغذية التي اذ اما فقد منها الحيوين (١) كليا او جزئيا لا تلبث ان تحدث في الطفل العشاء .

يصادف الطبيب احيانا طفلا مصابا بشلل تام او جزئي ؛ يسير استدراجا نحو الهزال وقد يدنف على الموت دون ان يتمكن من استبراء مرضه . فيجد في مداواته ؛ ويكثر من مركبات الحديد والزرنيخ والفوسفور وما سواها من المقويات التي يكثر استعمالها في بعض حالات الضعف العمومي ؛ وكثيرا ما تذهب مساعيه ادراج الرياح فييأس ذووه وكثيرا ما يهملون امره او يفوضون بامره الى القضاء والقدر .

واما صحة الطفل فلا تلتوي عن التقهقر ففي هذه الظروف ؛ التي كثيرا ما تذهب الاطفال ضحية جهل الامهات ؛ على الطبيب ان يعدل عن الطريق التي سلك فيها وعليه ان لا يستمر في هذا الاتجاه بل له ان ينقب عن تغذية ذلك الطفل فكثيرا ما يكتشف بان غذاء مرضعه فيما لو كان رضيعا لا يتعدى الرز المقشور وان لم يكن رضيعا يجد بان تغذيته تتكون من المادة المذكورة فقط ؛ وهي اساس الداء وسببها الاوحد . فاذا ما اوصى ذويه بتبديل تلك المادة المغذية السيئة باخرى بما فيها من قصر وجشر (قشور الحبوب الداخلية والخارجية) لشعر بتبدل فجائي في حالة الطفل ؛ ولشاهد بعد امد قريب زوال الشلل — استدراجا . فهذا الشلل لا ينشأ الا عن فقد ان النوع الثاني من الحيوين وهو الحيوين «ب» الذي يكثر في الجعة وفي خميرتها بصورة خاصة وفي قشور الحبوب والبدور بصورة عامة .

اي طبيب لم يصادف طفلا وقد انتفخت لثاه ؛ ونزف الدم منه ؛ يشكو الاما شديدة في عظامه السفلى خاصة ؛ وبعد ان يكون الفقر الدموي العميق قد استولى عليه يدعى الطبيب لمعالجته فيصف له احدث المقويات ويبتاع له اخر المستحضرات ويعاوده سخانة النهار واناء الليل ؛ ولا يمر اكثر من شهرين او ثلاثة فتخور قواه ويصاب بالهزال فيدنف ويموت فيسجل اسمه في احصاء وفيات الاطفال بين المصابين بالهزال او الفقر الدموي او البرداء (Paludisme) اوما دون ذلك من الامراض الفتاكة العديدة . ولكن مع الاسف ؛ لم يكن ذلك الطفل الا براء منها كبراء الذئب من دم ابن يعقوب ؛ لان الطفل لم يكن في الحقيقة مصابا باي من تلك الامراض ؛ ولم تكن معالجته الا على غير هدى ؛ فان سبب المرض الوحيد هو التغذية السيئة ؛ ونوع المرض الحقيقي هو ما يدعو الكشار (Scorbut) والعمل اللاملي في هذه التغذية السيئة هو فقدان نوع ثالث من الحيوين وهو الحيوين « ج » . فلو ضرب الطبيب صفحا عن اقر باذينه وما ضم من عقاقير معدنية ؛ واكتفى ببعض القطرات من عصارة الليمون او البرتقال فقط لانقذ ذلك المعصوم من مخالب الموت. ان

استمرار الاطفال حتى البالغين من الشيوخ على استعمال اللبن والطحين والاغذية المعقمة والمحفوظة التي تفتقر برمتها افتقاراً كلياً الى الحيوين (ج) لا مناص لهم من الكشار .

لندخل في دار آهلة وعديمة النور والهواء في احد احياء الفقراء في العاصمة مثلا ، ولنلق ببصرنا على احد الاطفال فيها فنجده شاحب اللون هزيلا ، لا يبدي حراكا ، يسمع له انين كالكسير تارة ينبعث منه سعال اشبه بسعال المتدرن وطورا تظهر فيه انقباضات حنجرية لا تكاد تختلف تأثيراتها عن الخناق ، واخرى تلوح في مواطن عديدة من صقله تشوهات حقيقية وعميقة تكاد ان لا تبرز اسبابها ومصادرها وعواملها ، ففي عصرنا هذا لم يعدثم حاجة الى التنقيب عن ماهية هذا الداء فهو الكساح Rachitisme ولا غير وهو وليد التغذية السيئة ، وما عنوان هذه التغذية السيئة سوى نقصان او فقدان الحيوين « د » من المواد الغذائية التي حكم على ذلك الرضيع او الطفل ان يقتصر عليها ويعيش في مأوى حرمت عليه اشعة الشمس .

ايها السادة ان العاصمة تفقد سنويا بهذا الداء مئات من الاطفال ولهذا يفرض علينا استدراكا للامر ان نتوسع في الموضوع ونعلم امراض هذا الداء ليتسنى لنا درء اخطاره عنا .

ابدت المخابر وخاصة جامعة بالتيمور ، ان الكساح وليد عاملين مهمين : فقدان الحيوين (د) من بعض الاغذية والحرمان من اشعة الشمس ، وكلا العاملين يتحليان كيمياويا في العضوية بنقصان كبير في الفوسفور ، ذلك العنصر الذي لا غنى للعضوية عنه لتثبيت الكالسيوم في العظام . فان كنا نجهل ماهية الحيوين « د » كما نجهل غيره من الحيوينات الاخرى ولا ندرك منه سوى اهميته وتأثيراته البعيدة ، فليس الامر كذلك من حيث اشعة الشمس ، فقد ازاح انصار هذه النظرية الستار عما كان خافيا عنها فاضحت حقيقة جلية لا بل ملموسة في عالم الطب واليكم كيفية تعليلها .

ان الاجسام التي لا تملك تضاد الكساح Pouvoir antirachitique كالشحوم مثلا تكتسب قوة منع نمو الكساح حينما تتجرعها العضوية كما كانت تلك العضوية تحت تأثير الاشعة التي تفوق البنفسجية . ويعلل انصار هذه النظرية مزاعمهم التي كما ذكرنا قد اصبحت حقيقة صريحة ، بان للاجسام المذكورة وفي موضوعنا هذا ، فصيلة الشحوم اما لأنها قد تأثر فيها الأشعة وتخضعها فتنفذها في العضوية حسب مقتضياتها واما لأن الشحوم المعروضة للاشعة قد يتكون فيها عنصر جديد مالك تضاد التكسح . فان كان مجالنا الحاضر لا يتيح لنا الاسهاب في شرح هذه النظرية ، يكفينا ان نعلم فقط بان درس الحيوين «د» مخبريا ادى نهائيا الى معرفة ميزته الخاصة الا وهي تثبيت الكلسيوم في العظام .

فهذا الملح ، وهو اثمن ملح للعضوية ولا غنى لها عنه للنمو وتأمين تكامل الجهاز العصبي وتسيير فروضه الأساسية قد يورث فقدانه او نقصانه في الاطفال خاصة تخريبات جوهرية تكاد تقضي على حياتهم بسرعة مدهشة ، ويولد

وفيهم داء جديدا يدعى داء التشنج asmophilies كان هذا الداء قبل اكتشاف الحيوين (د) يعد من الامراض الخطرة المعظلة ؛ وكان الطب اذ ذاك مجردا عن مكافحته لعدم معرفة ماهيته ، واما اليوم فبعد ان ثبت بصورة لا تقبل التعليل والريبة اهميـة الحيوين (د) في امر النمو ، فكيفي لا زالة هذا الداء الكؤود وهو نتيجة كل خلل يحول دون النمو اعطاء الطفل جرعات قليلة من زيت كبد الحوت وعرضه على الاشعة التى تفوق البنفسجيه ، فتأخذ هذه الاشعة على عاتقها توزين الكلسيوم وتثبيته في الاجهزة الدموية والعصبيـة والعظميـة فتقطع دابر الخطر وتغني الطبيب عنـاء تجريع العقاقير والمستخظرات التى قد تضر اكثر مما تفيد .

ان الامراض الطفلية المزمنة وفي ضمنها الكساح التي تنتهي عادة بالهزال ؛ يتطور فى ادواهـا النهـائيـة انواع التظاهرات الدرنية ؛ فتكون الخاتمة الاليمة لحيـاة عدد كبير من الاطفال ايضا. فاذا مادققنا عضوية الطفل فى تلك الفترة الآخيرة نرى ان السبب المهم لا بل الوحيد المؤدي بهـا الى هذه النتيجـــة الوخيمـة هو زوال التكلس Decalcifi ation عنها ، وفى هذه الدوره تضحى العضوية اشبه بداء فتحت ابوابها على مصراعيها وفى مقدمة ما يهـاجمها من الجراثيم المرضية ولا يلبث ان يلج فيها هو عصية كوخ (ميكروب السل) فمن العبث ان يحاول الطبيب فى هذه الفترة استعمال الادية وخاصة لادرينالين (danerline) التي لم تزل فى عالم فن المداواة بمثابة مادة مكاسة ضعيفة ، بل عليه بدون ضياع الوقت، ان يقبل على استعمال الحيوين (د) والآشعة المارة الذكر فانهما يقومان خير قيام بمصارعة التدرن عند ما يكون فى باكورة امره .

فما عدا الآمراض الرئيسية السـالفة الذكر التى يتضحى فى سبيلها الطفل لعدم تغذيه بما يحتاجه من الحيوين (د) ففقد ان هذا العامل حتى نقصانه ايضا قد يضعضع نمو الاطفال تضعضعا تخشى عواقبه، فتبيانا لذلك ، يؤيد ارباب الفن بان العضوية لا تكون بالغة ما لم تستوف عناصرهـا الاساسية توازنها المعين ومتى تم لها ذلك، تسني لها ان تستمر ثابتة مدة غير معينـة على ان تتوفر لديهـا بصورة دورية ومنتظمة ادخالات جديدة معادلة لمستهلكاتهـا . فاذا ما حرمت تلك العضوية الفتية خاصة من الاركان التغذيوية او حرمت عن بعضها فقط واقصـد بهذه الاركان الحيوينات بمجموعهـا ، توقف النمو وزالت المقاومة عن ذلك البدن الذي يصبح طبعا هدفا لانواع الافات .

ان تأثير التغذية السيئة وغير المتوازنة على النمو تظهر تخريباتها بصراحة كلية في الاشهر الاولى التي تلى الولادة واليها ينسب جانب كبير ايضا من وفيات الاطفال التي تشاهد في موسم الصيف خاصة في العراق. عندما ندعي لفحص وليد يتراوح عمره بين الشهرين والخمسة ،في موسم الصيف وهو ،حسبما يقال ، مصاب بالاسهال الطفلي فقط، الذي كثيرا ما ينسب خطأ الى حرارة الاقليم الشديدة ، مفضلا عما فيه من الاسهـال والهزال ، نجد انه قد فقد

استدراجا الشحم الذي تحت جلد بطنـه وصدره واطرافه واخيرا وجهه ، فيتقدد وجهه فيماثل وجه الشيخ ،او كما ينعته البعض يتمثل فيه الوجه الولتري (facies voltarien) وهذه الافة المهلكة التي تجرف سنويا مئات من الاطفـال تكنى بالسغل (athrepsie) وهي نتيجة التغذية السيئة ايضا .

فكيف يصح ان يصاب الوليد بالسغل وهو في بدء دور الحضانة. جرت العادة عند البعض ان يتغذى الطفل بغير لبن امه او باى مادة غذائية اصطناعية اخرى . نعلم بديهيا ان تغذية الجنين في اثناء الحياة الرحمية متصلة اتصالا تاما بتغذية الام . فحين الولاد ،وان ينقطع الوصال الكائن بين الام والاطفال نهائيا ،فهذا الانفصال لا يتم حقيقة الا استدراجا وبطيئـا ، حتى تكتسب في الوليد عناصره الحجروية استقلالها الذاتي ، ولا تزال الحجيرات المذكورة تحتفظ الى حدما بعطوبها Fragilite مدة الاشهر الاربعة التى تعقب الولاد كما كانت عليه في اثناء الحياة الرحمية. وبما ان ذلك العطوب يشتـــد ازاء عـدم التوازن لمجرد كون توازنهـــا الذي عـــادم القـــرار فاذا ما تغذى الطفل اصطناعيا اي بصورة غير ملائمـة لحالته الخليوية ، اختل التوازن في عضويه الوليد ، وعليه ترى حجيرته تارة ترتوي hydrater بسرعة وطورا تجف déshydrater بسرعة اعظم واخرى تستقر جامدة لا انفعال فيها ، فاذا ما ولج الغذاء في الجهاز الهضمى وهو في حالة الخلل التوازني ، اجتـــازه من اوله حتى اخره بجسم غريب لا يجد فيه مأوى يلجأ اليه ، فيضطر الى مغادرته عاجـلا او آجلا . فاذا ما استمر الوليد على هذه التغذية بضعة ايام استولت عليه العوامل المرضيه من جهة والدنف (Cachexie) من جهة اخرى ؛ فتأهل عضوية الى السغل حتى يسغل تماما ونهائيا ، وما ذلك الا لان القاعدة الكلية في امور التغذية تنص على ان البان الحيونات متوازنة العناصر بنسبة اجناسها ولا تكون متوازنة لتغذية الوليد دون تحوير وتبديل نحن في غنى عنه ، بدليل الاحصاء العام الذي يؤيد بان ٣٦ في المئة من الاطفال الذين يتغذون بالبان الحيوانات يصابون بانواع الاضطرابات العضوية وفي ضمنها السغل . فازاء هـــذا الحادث الاليم ، كثيرا ما لا فائدة من وراء الطبيب اللهم الا ليكون مشخصاً ومرشدا فقط فيحتم عليه اذاً ارشاد الام في حادث السغل الى الكف عن التغذية الاصطناعية والاكتفاء بلبنها او بلبن مرضعة اخرى ان لم يكن في وسعها ارضاع طفلها بذاتها لان اللبن الوالدي حينما تفرزه المرايا بصورة صحيحة نوعا ومقداراً يجمع كل ما يحتاجه الوليد من عناصر تغذوية وفي مقدمتها الحيويات . فسمن اللبن يحوي الحيوينين (ا) و (هـ) ومصله يحوي الحيوينين (ب) و (جـ) وهذا الفيض الحيويني الذي في اللبن حمل على ان ينعته الاحدثون بالـ «حبل اللبني» دليلا على ان الوليد لا غنى له عنه ، كما ان لا حياة للجنين دون «الحبل السري» .

اقف اليوم عند هذا الحد واقتصر على ما سردته من

ذكر الامراض والآفات وليدة التغذية السيئة التي تفتك سنويا فتكا ذريعاً باطفالنا فتبيد منهم في بغداد فقط ما لايقل عن الالف في كل عام ، وكان بودي ان اقتحم موضوع المعالجة لولا ضيق المجال فاكتفي بذكر النقاط الاربعة الاساسية لامامنا الاستاذ بودان فقد كفانا بها مؤنة التحري والتنقيب وهي في مثل هذه المجادلة الركن الاساسي لا بل بمثابة الاية المنزلة لكل مجمع ومدنية وهي :

١ — تهذيب المرأة تهذيباً صحيحاً وعملياً لاشعرياً في امر حياتها الوالدية والمنزلية .

٢ — انصاف الفقير في امر سكناه وتغذيته وفقاً لاحكام حفظ الصحة .

٣ — تأسيس ملاجئ للامومة البائسة ومراكز لتوزيع الالبان على اطفال المعوزين .

٤ — اذا جاز لنا القول يوما بالاشتراكية ، فتحقيقاً لهذه النقاط الثلاثة ليس الا .

بغداد : ٢٣ كانون الاول سنة ١٩٢٧

الدكتور حنا خياط
مدير الصحة العام

المقتبسات

مشاهدات الديزانتري في فلسطين

نشرت (مجلة الجمعية الطبية الملكية للامراض الاستوائية وحفظ الصحة) مقالاً بهذا العنوان ارسل اليها من فلسطين من قبل الدكتور (Klingler) مدرس حفظ الصحة في الكلية العبرية والدكتور فايسمان (Weizman) مدير معهد تحريات الملاريا في حيفا . وقد وجدنا اقتباسه مفيداً لقراء المجلة لأهميته وهذا هو المقال :

يعد الديزانتري من جملة الامراض الكثيرة الحدوث في فلسطين . ومع ذلك فلم يعلم الا الشيء القليل في تمييز انواع الديزانتري وتعيين النوع الذي يكثر وجوده وقد استند التشخيص في اغلب الاحيان على قواعد اكلينيكية بحتة وحتى ان ابحاث المختبر نفسها لم تكن دائماً قد عملت بالدقة التي تستوجبها خطورة هذه القضية وان التشخيص كثيرا ما بني على معاينة مكروسكوبية مستعجلة فكان تشخيص الديزانتري الآميبي راجحاً رجوحاً عظيماً واذا القينا نظرة الى تقارير المختبرات التي ارسلت الى مصلحة الصحة في خلال السنوات الاربع الاخيرة وجدناها دالة على ان ٨٠ في المائة من الديزانتري في هذه البلاد هو آميبي الاصل وان الديزانتري الباشلسي معدوم بالمرة او يوجد منه عدد قليل لا يحسب له حساب وهذا يناقض النتائج التي حصل عليها وينيو (Wenyon) ومانصون بار (Manson - Bahr) وكانينغهام Cunningham وغيرهم من الذين درسوا قضية الديزانتري في الشرق

ووجدوا ان الديزانتري الباشلسي اكثر حدوثا من النوع الآميبي .

وفضلا عن ذلك فان سراية هذا الديزانتري المستولي على هذه البلاد تختلف تماما عما هي في النوع الآميبي ولا يخفى ان الديزانتري الآميبي لايحل وفدا بل توجد منه وقائع منفردة على طول السنة ولا فرق في عدد الاصابات في الفصول السنوية الاربعة . والحال ان الديزانتري هنا يصادف في كل سنة ويصول على البلاد بصورة وبائيـة ولا يخفى ان استيلاء المرض بهذه الصورة من خصائص النوع الباشلسي .

ولما رأينا هذا التناقض ادرنا في درس المواد الديزانترياية التي ارسلت الى مختبر البحث عن الملاريا في حيفا لأجل ان نرى هل ان نسبة النوعين من المرض مطابقة حقيقة لما جاء في التقارير المرفوعة الى مصلحة الصحة ام لا . وكان كل من المواد الغائطة قد فحص فحصاً دقيقاً بالمكروسكوب والزرع وكنا كلما اشتبهنا في صحة النتيجة اعدنا البحث في مواد افرغت حديثاً وقد وجدنا حالاً بالطريقة المهذبة التي استخدمناها في ابحاثنا ان نسبة الديزانتري الآميبي الى الديزانتري الباشلسي كنسبة ١ الى ٢ بينما كانت هذه النسبة فيما مضى ٤ الى ١

﴿ الطريقة المستعملة ﴾

كان البحث دائراً حول طريقة زرع باشلوس الديزانتري incubator واما الآخر فقد زرع وبعد نصف ساعة فقسم الغائط الى قسمين ووضع احدهما في الحاضن اخرج القسم الاول من الحاضن وبحث فيه عن الآميب ولما وجد فيه آميب نموذجي نشيط متحرك قرر حالاً بثبوت التشخيص وفي حالات الاشتباه اجري الزرع فوق منابت بوئيك Boeck's medium وعملت تحاضير ملونة

وكانت الطريقة الباكتريولوجية كما يلي : انتخبت من الغائط قطعة صغيرة من القطع المخضبة بالدم وغسلت اولاً بماء الملح Saline المعقم ثم طليت بها صفيحة او صفيحتان من صفائح ماك كونكي Mc Conkey وحضنت ليلة كاملة في درجة ٣٧° مئوية وفي صباح اليوم التالي وجدت عدة مستعمرات Colonies مشتبه بها فنقلت هذه المستعمرات الى وسط زرعي آخر وهو المستنبت السكري المضاعف المنسوب للاستاذ روسل Russell (*)

فكانت النتيجة ان وجدت باشلسات الديزانتري في عصر اليوم ذاته او في صباح اليوم الثاني فكانت هذه الباشلسات تتلاصق agglutinat مع المصول الخاصة بباشلسات (شيغا) و (فلكسنر) ويمكن عادة الحصول على مقدار كاف من زرع المكروب في انابيب السكر المضاعف بعد حضانة تدوم ثماني ساعات وفي خلال ثماني واربعين ساعة يمكن بناء التشخيص النهائي على اساسات قويه كالتلاصق والتفاعلات التي تحدث فوق منابت السكر .

(*) يتألف هذا المستنبت من الاغار يضاف اليه دكستروز بنسبة ٠،١ في المائة ولاكتوز ١،٠ في المائه ويفيد في التمييز بين باشلوس كولي وباشلوسات التيفوئيد والديزانتري والباراتيفوئيد

واذا ظهرت النتيجة سالبة فى الزرع على احدى الصفائح بعد مضى الاربع وعشرين ساعة الاولى فكان الزرع يترك فى الحاضن لمدة أثنى عشرة ساعة اخرى لأن مستعمرات باشلوس الديزانتري ولا سيما نوع الشيغا تكون احيانا صغيرة جدا بعد اليوم الاول من الحضانة بحيث انها تغيب عن نظر الباحث او يحسبها من نوع المكروبات العقدية (استربتوكوك) ولكن هذه المستعمرات اذا تركت للحضانة الى ابعد من تلك المدة فانها تكبر وتكون واسطة لثبوت التشخيص الذى ربما اغفل بغير هذا التدبير

وهناك نقطة مهمة اخرى وهي ضرورة التقاط عدة مستعمرات من التى يشتبه فيها. لأن المكروبات التى هى غير مخمرة لمادة اللاكتوز كثيرة في غائط المصاب بالديزنتري وقد اعتدنا على التقاط ست مستعمرات على الاقل من كل صفيحة اذا كان في اليد الحصول على هذا العدد منها وا كثيراما وجدنا باشلوس الديزانتري في واحدة او اثنين منها فقط

﴿النتيجة﴾

ان النتيجة التى اسفر عنها البحث في خلال خمسة عشر شهراً قد برهنت على ان الديزانتري الباشلسى في عام ١٩٢٦ كان اكثر من النوع الآميبي بضعفين وكان قد شوهد ارتفاع في نسبة الاصابات بالديزانتري الباشلسى منذ الشروع باعمال البحث الذي نحن بصدده وقد بقيت هذه النسبة مستمرة خلال عام ١٩٢٦ فبينما كانت النسبة بين النوع الاميبي والنوع الباشلسى كنسبه ٤ الى ١ فقد انقلبت بعد البحث الى نسبة ١ الى ٢ اي توجد اصابتان بالديسانتري الباشلسى بمقابل اصابة واحدة بالديزانتري الآميبي ولا يمكن تعليل ارتفاع النسبة المؤية في اصابات الديزانتري الباشلسى الآ بتحسن الطريقة المتبعة في فحص الغائط والدليل على ذلك ان المختبرات الاخرى التي لم تتبع هذه الطريقة لم تشاهد في نسبة الاصابات ماشاهدناه من التغير عما كان قديماً . ولا شك في انها مخطئة في تقاريرها وخطؤها هذا ناشي عن امرين . الاول تساهلها في تشخيص الديزانترى الاميبي فتكون قد رأت بعض الخلايا وحسبتها انواعاً من الآميب ويا ما اكثر تلك الخلايا في غائط المصابين بالديزانتري . والثاني ان تلك المختبرات اذا لم تستعمل طريقة مهذبة في الزرع فأنها ربما فشلت في استنبات باشلس الديزانترى ولم تكن نتيجة هذا سوى تزايد الايجاب في تشخيص الديزانتري الآميبي وتناقصه في تشخيص النوع الباشلسى وصفوة القول ان البحث اذا اجرى يحسب الطرائق الفنية الدقيقة فأنه لابدان يثبت رجحان عدد الاصابات بالديزانتري الباشلسى بخلاف ما ظهر الى الآن بسبب التشخيص المغلوط .

ليتصور القارئ مفعول هذا التشخيص المغلوط وتأثيره على سير المرض . وحسبنا ان نورد هنا عدداً قليلا من اشهر الحوادث التي استرعت انظارنا في غضون السنة .

الحادثة الاولى. م. ر كان يشكو من اعراض الديزانتري فحص غائطه في مختبرنا واسفر الفحص عن وجود باشيلوس (هيس) ولكن المريض ذهب الى احد المستشفيات

فحقنوه حالا بالامتين ومع ذلك لم يتمكنوا من العثور على الآميب ولا على الباسيل وقد غادر المريض المستشفى بعد ايام قليلة وكان تشخيصهم (التهاب نزيفي معوي)

الحادثة الثانية . ان صبياً عولج عشرة ايام بحقن الامتين على اثر تشخيص المرض بالديزانتري الاميبى من قبل احد المختبرات ولكن هذا الديزانتري ابى ان ينقطع فاجرينا فحص الغائط ووجدنا فيه باشلوس الديزانتري نوع (هيس)

الحادثة الثالثة . كانت هذه الحادثة عبارة عن ديزانتري مزمن مع اسهال فى بعض الاحيان مصحوب بخروج مخاط مع الغائط وقد اجرينا الفحص مراراً ولم نتوصل الى اكتشاف باشلوس الديزانتري الا في الفحص الخامس

الحادثة الرابعة . كان قد حدث اسهال بين خمسة اطفال اصيبوا به جميعاً وكان التشخيص ديزانتري من النوع الآميبي وحقنوا جميعهم بالامتين ولكن احدهم لم يشاهد اي فرق من هذه المعالجة فاتيح لنا فحص غائطه فجردنا منه زرعاً نقياً من باشلوس الديزانتري (هيس — Y) ولا شك في ان الباقين ايضاً كانوا مصابين بنفس المرض .

فيتضح من هذه الحادثات اهمية الاعتناء في تشخيص المرض في المختبر من حيث معالجة المرض وسرايته . فلا يصح الركون الى تشخيص مختبر غير جدير بالثقة ولاسيا في حالات الديزانتري .

﴿الخلاصة﴾

ان التقارير التى تصدرها المختبرات في فلسطين فيما يختص بتشخيص الديزانتري تشير الى رجحان الديزنتري الآميبى ولكن فحص المواد المرسلة الى (مختبر تحريات الملاريا) في حيفا يدل على ان الواقع ليس كذلك .

اجرى في عام ١٩٢٦ فحص ما ينوف على ١٠٠٠ مادة غائطة وجد منها ٣٠٧ ملوثاً بالديزانتري وكان هذا يدل على النتائج الآتية .

(١) كان ٦٠ في المائة من هذا العدد من نوع الديزانتري الباشلسى و ٣٥ في المائة من الديزانتري الآميبى .

(٢) يظهر من طرز سراية الديزانتري في فلسطين ان المرض من النوع الباشلسى وليس من النوع الآميبى . ويشتد النوع الاول مرتين في السنة الاولى في حزيران والثانية في تشرين الاول بينما ان النوع الثاني يكون في عين الشدة على طول السنة

(٣) ان نتائج الفحص في المختبرات الاخرى مغلوطة وغلطها ناشئ عن خطأ في تمييز الآميب عن الخلايا الكثيرة الوجود في الغائط وعن صعوبة زرع الباشلوس .

وقد اتضح من النتائج التي حصلنا عليها ان ثلثى حادثات الديزانتري في فلسطين ناشئان عن الباشلوس.

الطاعون في الماضي والحاضر

تابع لما سبق

ادوار جبوري

فالهند تعتبر المنبع الرئيسي للعدوى بالطاعون واثباتا لذلك نذكر مثلا اصابة سنة ١٩٢٠ حيث كان في الهند وحدها تسعين (٩٠) في المائة من مجموعات اصابات العالم باسره.

جدول (١) عدد المتوفين فى الهند من سنة ١١٩٨ الى سنة ١٩٢٥ بمرض الطاعون.

عدد المتوفين	سنوات	
١٢١٥٩٣	١٩١٩	١٩٢٠
١٠١١٤١	١٩٢٠	١٩٢١
٦٢٢٢٠	٩٩٢١	١٩٢٢
٢٢٧٨١٥	١٩٢٢	١٩٢٣
٤٠٨٩٧٧	١٩٢٣	١٩٢٤
١٤١٨٣٢	١٩٢٤	١٩٢٥
٤٣١٨٢٠	١٨٦٨	١٩٢٤ (المتوسط سنويا)

يستدل من الجدول هذا ان المدة بين ١٩٢١ — ١٩٢٢ هى المدة الوحيدة التي نقص فيها عدد المتوفين عن المائه الف . اما الوباء فلا يزال كثير التردد فى ولاية بنجاب Punjab وفى الجهة الغربية من الاقاليم المتحدة provinces Unis وقد اصبحت ولاية بومبي Bombay بخسائر فادحة ازيد بكثير من غيرها وقد قدر المتوفون باصابات عام ١٩٢٥ بنحو ٨٥٠٠٠ نسمة .

اما البلاد الواقعة حول خليج بنغال Bingale (ماعدا منطقة محصورة) من منحدرات برمانيا Birmania فهي خالية من الطاعون وكذا ولاية اسام ma ssa فهى محمية من الوباء ولم يسبق ان تفشى الطاعون بدرجة خطيرة فى هذه الولاية الاخيرة .

وقد شرح العلماء الاختصاصيون الاسباب العديدة الداعية لانتشار الوباء فى الهند البريطانية ومن تلك الاسباب الخطيرة اسلوب التغذية والعيشة وعوائد طبخ الاطعمة .

اما ما يخص الجهات الاخرى من الهند ، يليق بنا ذكر الحالة المريعة فى جزيره جافا java(احدى جزائر الهند الشرقية) حيث بلغ فيها عدد المتوفين فى سنة ١٩٢٥ بنحو ١٤٤٠٨ يقابله ١٣٠٧٨ المتوفين فى السنة السابقة ولم يسبق فى جافا بلوغ الاحصاء بهذا المقدار منذ سنة ١٩١١ اللهم الا فى سنة ١٩١٤ حيث قدمات ١٥٧٥٦ نسمة ويلاحظ ان حوادث الوباء تقل كثيرا فى الهند وفى جزيرة جافا اثناء شهرى حزيران وتموز .

اما فى الهند الصينية Indochine فلم يبلغ الانتشار الى هذا الحد وقد بلغ عدد الاصابات فى سنة ١٩٢٥ بنحو ٦٠٥ يقابلها ٧٦٦ اصابة فى السنة السابقة و ٤٥٣ وفاة . وفى سنة ٩٢٣ بلغت الاصابات ١٠٤٠ والوفيات ٨٤٤ وفى عام ١٩٢٢ كانت الاصابات ١٢٦٨ والوفيات ١٠٩٣ ويكثر انتقال العدوى فى اقليم Kovang t Cheaiwan

الذي يبلغ سكانه نحو ٢٠٠ الف نسمة اما فى بقية آسيا فوجود الطاعون لايحدث وفيات كثيرة .

واذا نظرنا الى الحالة فى افريقيا لاندهشنا من احصائيات اوغندا auganda حيث بلغت الوفيات عام ١٩٢٥ ٨٨٢ نسمة يقابلها ٣٥٠ فى السنة السابقة و ٩١٤ فى عام ١٩٢٣ و ١٣٠٢ فى سنة ١٩٢٢ والاصل فى هذه الجرائم المميتة هى الفيران وقد كوفئت على فعلها هذا بصورة لائقة فى اثناء سنة ١٩٢٤ لانه قد ابيد فى اثنائها نحو ١٣ مليونا من الفيران . وهنا جربت عمليه التطعيم ضد الطاعون وكانت النتيجة فى ذلك الحين بين الشك واليقين .

وقد سرى الطاعون ايضا الى اميركا ووقع على شاطئ البرو peru اما الجهات الجبلية والاقاليم الواقعة ما وراء الاند Andes فلم تحدث فيها ادني اصابة . والاصل في ذلك كما هو معروف دخول شحنة مركب من الدقيق في ميناء كلاو Collao في سنة ١٩٠٣ ومنذ ذلك الحين تعددت الاصابات وبلغت ١١ الفا وكان متوسط الوفياة بنسبة ٥٠ في المائة ولا يزال البيرو peru منبعا للطاعون في اميركا الجنوبية .

اما امريكا الشمالية فقد نجت من حوادث الطاعون اللهم الا اصابتان لا غير في ولاية لوس انجلس Los angelis المعروفة بمركزها المشهور للصور المتحركة (السينما) وذلك فى الاسبوعين الاولين من شهر كانون الثاني سنة ١٩٢٥ وقد مضت السنوات الاخيرة بدون حدوث اية اصابة .

جدول (٢) الطاعون فى اوربة سنة ١٩٢٤ — ١٩٢٥ .

	الاصابات	الوفيات	الاصابات	الوفيات	الاصابات	الوفيات	الاصابات	الوفيات
اسبانيا	١٢	١٢	٥٢	٥٢	—	—	—	—
فرنسا	٣	٣	١٤	١٤	٤	٤	٤	١
اليونان	٥٠	٥٠	٤١	٦	٦٩	١٦	٢٨	١
ايطاليا	٢١	٢١	١	١	٣	١	—	—
البرتغال لزبون	٢١	١٨	١٥	٢	٣	١	—	—
روسيا	٢٤	١٧	٥٧	٥٧	٢٢	٢٢	١٩٢	١٩٢
تركيا	٢٩	١٠	١٢	٣	٧	٢	١١	٦

يظهر من الجدول المبين اعلاه بان الطاعون لم ينتشر فى اوربا بدرجة مؤثره فى السنوات الاخيرة اما تردد العدوى فكان بطيئا فى الشواطي الاوربية الواقعة على البحر الابيض المتوسط خصوصا فى سنة ٩٢٥ لقد حدثت اربع اصابات فقط فى مرسيليا واصاباتان فى نابلس اما فيما تختص بسكان باريس فيمكننا ذكر عدوى طفيفة في

سنه ١٩٢٤ منحصرة ولم تتعد بعض المحلات فى الضواحى الشماليه الغربية من هذه المدينة .

وبعد ذكر المستندات الاحصائية ينبغي ان نذكر الوسائط التي اتخذت لمكافحة هذا الوباء ومنع سريانه . اذا تطلعنـا فى تاريخ الطب وراجعنـا عهد بقراط apocrat الحكيم الذي كان معاصرا للعدوى الاولى التى ذكر عنها المؤرخ توسديد thucydide لرأينا عدم توصل هذا الطبيب المشهور والمسمى «اب الطب» الى عرض دواء ذو قوة فاعلة ضد الوباء اما تأثير الادوية القديمة التى استعملت فى ذلك العصر انما تدعوا الى الشك والارتياب من جهة مفعولها.

وفى أثناء تفشى الطاعون فى القرن الرابع عشر استشيرت جامعة باريس فيما يخص الوسائط الرادعة لهذا الداء وقد وقد نشرت آراء العلماء بهذا الصدد وكلها تذعن لسريان العدوى وبالابتعاد عن المصابين ويمكن تلخيص الاحتياطات التى يجب ان تتخذ للمرضى فى ذلك الحين كما يلي : —

١ — تنقية وتطهير الهواء من المكروبات الفتاكة

٢ — طرد سم الطاعون من الجسم وذلك بواسطة الفصد وتناول المسهلات

٣ — مراعات الاعتدال في المأكل والمشرب ثم انتظام مواعيد تناول الطعام القليل

٤ — المحافظة ما امكن على هدوء الجسم والفكر

٥ — استعمال المواد المطهرة المزيلة لمفعول العدوى

٦ — الارتحال عن المحلة المصابة بالعدوى

ان عزل المحلات المؤبوءة وانفرادا او تبعد المصابين بالطاعون وبعض احتياطات اخرى من هذا القبيل لاتزال تستعمل وتأتي بنتائج هامة في العصر الحاضر حيث اتخذت جميع الوسائل لازالة مفعول الوباء وتوقيف سريانه اما ابادة الفيران ومحو الحشرات لهما من الضرورة للمحافظة من الطاعون ثم ان وجوب عزل المصاب وابتعاد الاشخاص بعضهم عن بعض بصورة قطعية ليس لهما اليوم تلك الاهمية العظيمة التى اعطيت لذلك في القرون الماضية . وعلى كل حال يجب تطهير بيت المصاب بصورة كاملة مع جميع ما يلمسه المريض من الحاجات . اما التصريح بوجود الوباء الى من يهمه الامر فيكون اجباريا .

ان الاحتياطات للوقاية من الوباء بالاخص الى الممرضين الذين يقومون بخدمة المصابين ومن هذا الصدد فان التطعيم والوقاية بواسطة السيروم serotherapie تأتي بنتائج باهرة . اما فى حالة الاصابة بعدوى طاعون رئوى pneumonie pesteuse فينبغى على الممرض ان يحتمى بحجاب يستر وجهه والحجاب الذي استعمل في اثناء الحرب العظمى ضد مفعول الغازات السامة يمكن ان يقوم مقام الحجاب المذكور اما تركيب ذلك فيشمل على ستة او ثمانية طبقات من نسيج قطني ناعم Mousseline موضوعة امام الانف والفم . اما العينان فتحميان بواسطة سدادتين من الميكا Mica وهي حجارة رقيقة ومصفحة ذو لمعة معدنية .

ان الوقاية الردية ضد العدوى والتى تقوم بهالامة لوحدها لاتأتي بالنتائج المطلوبة مالم يكن يعمل بها الاتفاق

دولى . وقد تم في موتمر سنة ١٩١٢ القرار باتخاذ هذه الاحتياطات بالتضامن والاشتراك ولاجل ذلك فان الحكومات المختلفة تتبادل المذكرات مع بعضها فتبين فيها ظهور الطاعون والكثرة الهائلة التى تلاحظ في موت الفيران وعليه تدخل الاحتياطات الازمة على الحدود لاجراء الكشف الصحي وعزل المصابين واسعافهم

ان باسيلوس يرسن Bacille yersin الذي هو ميكروب الطاعون ليجد في الوقت الحاضر بعد المباحث العلمية الحديثة من المقاومه ما كان يكفي للانتصار عليه لولا تداخل مظاهر الحياة الاجتماعية المحزنة في هذه المعركة بين العلم والمرض وهكذا فان الجهود المعتبرة التى يقرعها رجال من ذوى العزائم الحديدية تكفى لتنتزع من اصوله ذلك المرض الذي يجد لفتكه مرتعا خصيباً . فالبوس الذي يجلب شيئا فشيئا الخور للجسم الانساني لا يزال يلقى في الهند وفي غيرها بين يدى الطاعون اجساما ضعيفة منهوكة. وها هى ذى الاوبئة تراكم جثثا بعضها فوق بعض تكاد تقر على سمائهـا علامات عتاب صامت موجه الى القدر القاسى على الحياة الاجتماعيـة العادرة التى تترك الضعفاء بلاسند ولا عضد .

(١)

١ — توسيديد thucydibe احد كبار المؤرخين اليونانين

(٢)

٢ — لترى Littre فيلسوف فرنساوى ذو مؤلفات عديدة

(٣)

٣ — Commobe Verus M rc ourileantonin adrieu Trajan Nera اسم اعطى الى سبعة قياصرة من الرومان حكموا من سنة ٩٦ الى ١٩٢

(٤)

٤ — كالين Galien احد اشهر اطباء اليونان عاش ما بين ١٣١ و٢٠١ بعد الميلاد

(٥)

٥ — بركوب procope مؤرخ يوناني ولد فى اواخر القرن الخامس من بعد الميلاد ومات حوالي سنة ٥٦٢

(٦)

٦ — جوستينين justinien معروف بقيصر الشرقي من سنة ٥٢٧ الى سنة ٥٦٦ .

(٧)

٧ — بقراط Hippocrate اكبر طبيب فى العهد القديم واشهرهم ولد فى جزيرة كروس حوالى سنة ٤٦٠ قبل الميلاد



الشؤون

المدرسة الطبية العراقية

نشرت ادارة المدرسة الطبية العراقية تقريرا يتضمن البحث عن سير التدريس في خلال دورة الخريف من عام ١٩٢٧ نلخص فيما يلي اهم ما جاء فيه وهو :

ان دورة التدريس التي نتولى البحث عنها في هذا التقرير هو اول فصل من تاريخ المدرسة بوشر فيه بالقاء الدروس لأول مرة في ٢ اكتوبر ١٩٢٧

وقد كان المأمول الشروع بالتدريس في مبدأ هذا الشهر ليكون مبدأ التدريس مطابقا لمبدأ سنة المدرسة الذي نشر قبلا الا ان التدريس قد تأخر عن موعده هذا بسبب عدم اخلاء بناء المدرسة الذي كان مستخدماً من قبل الجيش العراقي كمستشفى مركزي وكان المنتظر انتقال هذا المستشفى الى المستشفى الهندي العام القديم في الكرادة في الموعد المذكور .

ان المحل الموقت الذي تشغله المدرسة الآن يكفي لسد الاحتياجات الراهنة ولكن سوف يتعذر ذلك في المستقبل عندما تبدأ السنة الدراسية الثانية .

كان قد راجع ٨٠ طالبا للدخول في المدرسة في هذه السنة ولم تقبل الهيئة الناخبة التي عينها مدير الصحة العام سوى ٢٢ طالبا : ٧ من المسلمين و٩ من اليهود و ٦ من المسيحيين .

والى القاريء اسماء الطلاب الذين قبلوا الى المدرسة مع بيان المدارس او الجامعات التي تخرجوا منها :—

اسم الطالب	تحصيله الاول
منير عبد النور	من الجامعة الامريكية في بيروت ومتخرج من مدرسة الصيدلة العراقية في بغداد
جمال عبودي	من مدرسة فكتوريا في الاسكندرية
آلبر الياس	من مدرسة الاليانس في بغدار
يعقوب ازاجي	« « « «
رؤف داود	من مدرسة الموصل الثانوية
ديكران دريسايان	من مدرسة الاعدادية في الاستانة والجامعة الاميريكية في بيروت (شعبة الطب)
خالد حالت بك	من الجامعة الاميريكية في بيروت (شعبة الطب)
خليل اسماعيل	من مدرسة برومانا العالية في سوريا والجامعة الاميريكية في بيروت
كامل عيسى	المدرسة الاميريكية في بغداد ومتخرج من مدرسة الصيدلة العراقية في بغداد
منشي	من المدرسة الثانوية في بغداد
فواد مرد	المدرسة الاميريكية في بغداد
آلبر نسيم	من مدرسة (بيشوب كوتون) العالية في ناغبور
محمد احسان القابانجي	من المدرسة الثانوية في بغداد
كورجي رابي	من مدرسة الاليانس والمدرسة الثانوية في بغداد
سيد علي رشيد	من المدرسة الثانوية في بغداد
عبد الحميد محمد رائف	من المدرسة الثانوية في بغداد
رسام	من المدرسة الثانوية موصل
عبد المجيد شلاش	من المدرسة الثانوية في النجف
يوسف شينا	من مدرسة الاليانس والجامعة الاميريكية في بيروت
صوفير	من المدرسة الثانوية بغداد
يونان عبو اليونان	من الجامعة الافرنسية سنت لويز دويرا
مظفر مدحت الزهاوي	من مدرسة برومانا العالية في سوريا

وقد خرج من هؤلاء اثنان وهما ديكران دريشيايان وصوفير لأسباب خاصة الجأتهم الى ترك التدريس .

ينقسم بناء المدرسة في الحال الحاضر الى ثلاثة دوائر هي دائرة الكيمياء ودائرة البيولوجيا ودائرة التشريح ويضاف الى هذه الدوائر غرف ادارة المدرسة والمستودعات .

وتتألف دورة الشتاء من دراسة الكيمياء والحيوانات والتشريح وتقسم الى فصلين

تستغرق الدروس ٧ ساعة من كل يوم ما عدا يومي الجمعة والاحد . واما ساعات الدروس فهي مرتبة على الوجه الآتي :

	٩ — ١٠	١٠ — ١١	١١ — ١٢	١٢ — ١	٢ — ٤	٤ — ٥
يوم الاثنين	التشريح	الكيمياء	الحيوانات	التشريح العملي	الكيمياء العملية	التشريح العملي
يوم الثلاثا	التشريح	الكيمياء	الحيوانات العملية		التشريح العملي	
يوم الاربعاء	التشريح	الكيمياء	الحيوانات	التشريح العملي	الكيمياء العملية	التشريح العملي
يوم الخميس	التشريح	الكيمياء	الحيوانات العملية		التشريح العملي	
يوم السبت	التشريح	الكيمياء	الحيوانات	التشريح العملي	الكيمياء العملية	التشريح العملي

وندرج فيما يلي اسماء الاساتذة والدروس التي يا تونها وهي : —

الحيوانات الاستاذ نورمان ومساعده كوركيل

الكيمياء الاستاذ ريموند

التشريح الاستاذ وودمن

التشريح العملي الاستاذ صائب شوكت

يجري تدريس الكيمياء على نفس المنهاج الذي يسير عليه تدريس هذا العلم في المدارس الطبية البريطانية وهذا واسع النطاق جداً يفرض على الطالب ان يكون قد حصل اولا على شيء من مبادئ هذا العلم قبل انضمامه الى المدرسة ومن الضروري ان ينال التلميذ قسطاً وافراً من مبادئ العلوم التي لها مساس كلي بالطب كالكيمياء والحكمة والحيوانات استعدادا للدخول الى المدرسة الطبية اذا اردنا ان تبلغ هذه المدرسة الدرجة السامية التي هي ساعية اليها .

ويقال بوجه عام ان الذين التحقوا بالمدرسة في هذه السنة هم من الطلاب الجيدين واذا اضفنا معدل ذكائهم الى شدة شوقهم لتحصيل العلم فسوف يكون معدل التقدم الذي ينالونه في الدراسة متزايداً كلما تحسن اطلاعهم على اللغة الانكليزية التي يجري بها معظم التدريس في الوقت الحاضر . وكان اول ما يخشى منه في بادئ الامر ان يستولى الرعب على الطلاب من وابل الاصطلاحات الطبية الذي يتصدى لكل طالب طب وهو في مبدأ التدريس فيفضى ذلك الى عدة استقالات وفي الحقيقة ان غرف التدريس كانت خلال الشهر الاول آهلة بجماعة مكتئبة كسيرة العزم .

مع ذلك فان الطلاب قد اجتازوا هذه العقبة بدون اى عارض وقد كانت الكيمياء حجر عثرة في سبيل معظمهم ورغماً عن ذلك فاننا وجدنا بينهم من حصل على ٩٠ في المائة من الارقام التامة في امتحان خصوصى اجرى في نهاية فصل التدريس .

وقد اظهر الطلاب انهم استفادوا استفادة عظمى من الدروس العمليـة في كل موضوع وهى حالة تبعث على التفاؤل

نسق مختبر الكيمياء على اتم نظام وكانت طريقة التعلم بالميكرومتود وافية جداً بالمطلوب واقتصاداً عظيماً . وقد اشتغلت ماكنة غاز البترول التى نصبناها وكان شغلها على ابدع ما يكون ولم تظهر اى صعوبة كانت في تجهيز الغاز لمصابيح (بونزن)

تلقى دروس الكيمياء النظرية والعملية في المختبر على طول فصل التدريس وهناك قسم خاص لألقاء دروس الحيوانات النظرية وقد بوشر في جمع انواع الحيوانات للاعراض العملية ولتأسيس متحف في هذا القسم يجمع اصناف الحيوان .

ويوجد لقسم التشريح قاعات خاصة عددها ثلاث واحدة للالقاء الدروس النظرية وثانية للتشريح العملي وثالثة للاستعراض .

وهناك محل خاص لاستحضار الجثث

استورد مقدار كبير من مواد التدريس كالتماثيل التشريحيـة والعظام والالواح وكانت الفائدة التي حصل عليها الطلاب من قسم التشريح العملى اعظم من اى فائدة حصلوا عليها من الاقسام الاخرى

ان مساعد دائرة التشريح هو ملازم لغرفة الاموات منذ نحو من ثلاثين سنة قد حاز على تحصيل لابد منه واسع الجسم اعصابه من الفولاذ وجسمه محصن في الظاهر من كل عدوى بسبب احتكاكه الصميم مع الجراثيم الحيـة والتحاضير المرضيـة مدة ثلاثة عقود من السنين — هو في الحقيقة اعظم الشخصيات البارزة بين مستخدمى المدرسة

عندما يسائل الطالب عقله باطناً على انتخابه هذه المهنة ممتقع الوجه بمناسبة بدئه في دراسة التشريح العملي — كان حضور (الملا خضر) بقربه من الزم المسكنيات والمسليات له

قد اعدت المدرسـة قاعة عموميه لأستراحة الطلاب وينظر الان في تسهيل اسباب الحصول على طعام الغذاء فى المدرسة

صورت شارة المدرسة او علامتها التي يحملها الطلاب وصوب استعمالها رسمياً وهى تحتوي على رسم الرافدين وكتاب وحية ومجل الآثوريين ويؤمل ان تصدر الارادة الملكية في المستقبل القريب للسماح باضافة التاج الى تلك المواد وتبديل عنوان المدرسة الحاضر بعنوان « المدرسة الطبية الملكية العراقية » وقدرأت المدرسة ان تتخذ الواناً خاصة بها فاستنبطت ربطة الرقبة تحتوي على الوان العلم العراقي واوصت بصنعها احد البيوت التجارية التى تبيع لوازمات الجامعة في انكلترة

لم تساعد اوقات الطلاب على تأسيس ناد للرياضـة البدنية نظراً لاستغراق الدروس ساعات كثيرة من النهار ولكن هذا المشروع سوف يؤسس عندما تحين الفرص المناسبة له . وينظر الان في اصدار مجلة للمدرسة وربما صدرت اول نسخة منها في الفصل الدراسى المقبل .

لم يقبل في المدرسة من كساء الرأس سوى السدارة وذالك وفقاً لنظام الحكومة وقد اخذ الطلاب على عهدتهم عند الدخول الى المدرسة خدمة الحكومة لمدة اربع سنوات بعد تخرجهم في الطب وقد رفعت الى مديرية الصحة العامة نظامات اخرى في هذا الصدد للمصادقة عليها .

ونؤمل ان تعترف اللجنة الامتحانية في انكلترة بمدرستنا كمؤسسة يحق لطلابها الدخول في امتحان (المدرسة الملكية للطب والجراحة) وانى واثق من اننا في استطاعتنا الحصول على ذلك بمرور الايام .

ان المنهاج الذى تسير عليه المدرسة الان هو نفس المنهاج الذي تسير عليه جامعة ادنبورغ واعتقد ان المحافظة على هذا المنهاج ضروري لحيثية المدرسة وسمعتها .

توجد مدارس للطب فى سوريا ولكن اذا مدت الحكومة يدها بالمساعدة الكافية فلا اظن ان هناك ما يمنع

ان تكون بغداد من اشهر مراكز التدريسات الطبية فى الشرق الاوسط .

ومن الخطاء على ما اعتقد قبول عدد من الطلاب الى المدرسة اكثر من العدد الحاضر الى ان يحين مثل ذلك الزمن وتكون البلاد المجاورة قد اعترفت بدرجتها رسمياً

ان النتائج التى اسفر عنها الامتحان فى خلال الفصل مما يدعو الى الارتياح من حيث العموم ويتضح من الجدول الآتي ان معدلاً كبيراً من الارقام قد امكن الحصول عليه فى كلا الامتحانين

﴿ نتائج الامتحان الخصوصي ﴾

الكيمياء فى ١٩ كانون الاول ١٩٢٧

جمال عبودى	فوق ٩٠ فى المائة
راؤف داود	بين ٨ فى المائة و ٩٠ فى المائة
البر نسيم	بين ٨٠ في المائة و ٩٠ في المائة
كرجى رابى	» » » » » » »
البر الياس	بين ٧٠ في المائة و ٨٠ في المائة
يعقوب ازاجي	» » » » » » »
منشى	» » » » » » »
احسان قايماقجي	» » » » » » »
عبد الحميد رؤف	» » » » » » »
يوسف شينا	» » » » » » »
رسام	بين ٥٠ في المائة و ٧٠ في المائة
خليل اسماعيل	» » » » » » »
سيد علي رشيد	» » » » » » »
عبد المجيد شلاش	» » » » » » »
مظفر مدحت الزهاوى	» » » » » » »
كامل عيسى	تحت ٥٠ في المائة
فوآد مراد	» » »
يونان	» » »

﴿ نتائج امتحان التشريح ﴾

٢٢ كانون الاول ١٩٢٧

كرجي رابي	٩١ في المائة	
رؤف داود	٨٤	»
احسان قايماقجى	٨٤	»
رسام	٨٤	»
جمال عبودي	٨٢	»
عبد المجيد شلاش	٨٠	»
البر نسيم	٧٩	»
يعقوب ازاجي	٦١	»
عبد الحميد محمد رؤف	٦١	»
يوسف شينا	٦١	»
سيد علي رشيد	٧١	»
آلبر الياس	٦٤	»
مظفر مدحت الزهاوي	٥٩	»
فوآد مراد	٥٧	»
يونان	٥٥	»
خليل اسماعيل	٥٠	»
كامل عيسى	٤١	»
منشى	٤٣	»

يرجى في المستقبل القريب الحصول على عدد من الجوائز للتحريض على الدرس واحداث الرغبة في المبارات بين الصفوف المختلفة .

كان الفصل الاول مبشرا بنجاح المستقبل وكان ما اظهره الوزراء والمندوبون من الارتياح عند زيارتهم المدرسة باعثا لتشجيع هيئة ادارة المدرسة والطلاب معاً .

الدكتور سندرسن

عميد المدرسة الطبية العراقية

المستشفى الملكي في العاصمة

المشاهدات الطبية

الامراض الداخلية

الدكتور ساندرسن والدكتور هاشم الوتري

الوقعة الاولى : سندروم باركنصون

(عبدالله على) رجل فى سن العشرين ولد في كربلا واقام في بغداد في خلال السنوات التسع الاخيرة قد اصابته حمى متقطعة منذ ٧ اشهر وكانت هذه الحمى مصحوبة بسبات عميق استمر ٢ او ٣ اشهر .

كان المريض يسحل قدميه عند المشى وكانت ملامح وجهه جامدة كما لو كان قد تقنع بوجه مستعار (ماسكة) وكان يتكلم بصوت خافت بطئ لا تختلف نبراته

وكانت يداه ترتعشان قليلاً ويشتد ارتعاشها عندما يحاول المريض القبض على شئ ما

واما الجفنان فكانا يرفرفان عندما يسدهما المريض رويداً رويداً وكان هذا من اهم العلامات المشخصة للسندروم الذي نحن فى صدده

والعلامات الاخرى التى وقفنا عليها هى ان المريض عندما كان يلتفت سريعاً الى اليمين او الشمال تسير العين قبل الرأس

وقد امكن تسكين الرعشة فى المريض بأستعمال قلوريدرات الهيوسين داخلاً .

الوقعة الثانية : مفصل شاركو

يندر جداً وجود هذا المرض فى العراق . وقد وجدنا منه اصابة فى الايام الاخيرة نقلت الى قسم الامراض الخارجية .

كان المريض ذكراً فى سن الخامسة والعشرين من عمره اصله من (الفاو) وقد كان شغله ادارة المكائن في البواخر البحرية

ولما فحصناه وجدنا ورماً كبيراً في ناحية الركبة

اليسرى وكان هذا الورم سالماً من الالم وهو امر يستوقف النظر.

لم يذكر المريض انه قد اصيب بالسفلس وكان تفاعل فاسرمان سالباً مع المصل الدموي ولكنه موجباً مع السائل الدماغي الشوكي وهى مسئلة تؤيد ضرورة الالتفات الى فحص هذا السائل فى حالات الامراض العصبية الناشئة عن السفلس

كان المريض مصاباً بالتابس (السل الظهري) فى بادئ الامر والدليل على هذا وجود الاوجاع الرائحة وفقدان الانعكاس الرضفي الا اننا لم نجد ضمور العصب البصري ولا ظاهرة روبرتصون فى الحدقتين

كانت عضلات الاليتين والاطراف السفلى ضامرة هزيلة مما يدل على اتصال الآفة بالجذور العصبية القدامية وقد دل الفحص بالاشعة على وجود خراب عظيم فى غضروف المفصل ووهن فى رؤس العظام وتولدات عظمية جديدة حول المفصل واختلال فى نظام المفصل وكان يمكن طى الطرف السفلى على البطن وهو فى حالة التمدد الى درجة اعظم مما هي فى الحالة الطبيعية . قد نفع العلاج ضد السفلس ولكنه لم يقو على دفع الورم من الركبة المأوفة تماماً ولذلك نقل المريض الى قسم الامراض الخارجية لمتابعة العلاج جراحياً

الواقعة الثالثة : البولينوريت Poly neurite

كان المريض فلاحا من بعقوبة له من العمر ٥٠ سنة قد افاد انه غطس فى بركة من الماء البارد قبل مرضه بيوم واحد.

وعند فحصه وجدنا ضعفاً فى حساسية الاطراف العليا والسفلى وهيبوتونيا واضحة — كان الانعكاس الرضفي معدوما وكانت كرشة الساق موجعة فى الطرفين وكانت المعصرات بمعزل عن التغير ودرجة الحرارة طبيعية . هذه هي الاعراض المرئية التي وجدناها بالفحص ولما اردنا تحليل هذه الاعراض من وجهة التشخيص التمييزي خطرت لنا النقاط الاساسية التالية :

(١) فى الفلج الذى يدعى (بفلج لندري) Landry لا ينعدم الاحساس وتشتبك العضلات فى الفلج بالترتيب الذي يقتضيه توزع الاعصاب من النخاع الشوكي

(٢) فى الميه ليت الحاد الصاعد Acut . scending Myelitis يكون فقدان الحس فى وتفلج المعصرات .

(٣) فى التابس الظهري Tabes dorsalis لا يوجد الم فى كرشة الساق بل توجد عادة آلالام الرائحة Lightning Pains وعلامة روبرتصون فى العين وفضلاً عن ذلك يوجد اثر للسفلس بتفاعل فاسرمان

(٤) يحدث دائماً فقدان الاحساس وفلج المعصرات فى النزيف الدموي ويمكن كشف هذا بالبزل القطنى

(٥) فى البوليوميه ليت الحاد acut polyomyelitis يبدا المرض عادة فى سن الطفولة ويكون مصحوبا بالحمى

بهذه النقاط الخمس تميز المرض الذى نحن بصدده

الوقعه الرابعة : خراج كبدى يفرغ بطريق الرئة

كان المريض ذكراً له من العمر ٣٥ سنة بغدادى الموطن ذكر انه قد اصيب بالحمى وبوجع فى الكتف الايمن والصدر منذ ٣ اشهر .

كان الكبد كبيراً وموجعاً وكان القرع عليه اصماً كالحجر وتوجد هذه الاصمية على نصف الرئة خلفا

اجرى فحص الصدر بالاشعة فظهر ترفع فى الحجاب الحاجز ووجود طبقة من الصديد السائل ومقدار من الهواء فى اعلى الكبد متصلا بأحدى القصبات الهوئية .

كان المريض يسعل كثيراً ويخرج من صدره كميات وافرة من الصديد ممزوجا بالدم

باشرنا المريض بالامتين فنجح فيه العلاج .

الوقعة الخامسه

خليل بن شهاب فلاح له من العمر ٤٨ سنة مضطرب من مرض دسامى مزمن في القلب .

يذكر المريض انه كان في تمام الصحة قبل ثلاثة اشهر ولكنه في خلال هذه الشهور الاخيرة بدأ يشعر بخفقان وانتفاخ خفيف في القدمين واضطراب في الهضم .

لم يكن في تاريخ حياة المريض مايدل على اصابته بالتهاب الشغاف القلبي الداخلى ولا على اصابته بالروماتيزم وعلى ذلك اتضح ان مرض الدسامات القلبية لم يكن تابعاً لالتهاب حاد في الشغاف الداخلى .

كان سبب المرض مجهولا حتى اجرى تفاعل فاسرمان فظهر انه مصاب بالسفلس بدرجة قوية

ان اصابات القلب في الاقاليم الباردة تحصل عن الروماتيزم واما في هذه البلاد فلا شأن للروماتيزم في ذلك بل ان السفلس هو المسؤل عن اغلب اصابات القلب المزمنة .

كان المريض عند دخوله الى المستشفى مضطربا من الم في المراق الايمن وهذا الالم ناشئ عن احتقان الكبد وورمه والعلة في هذا المريض كانت قد بلغت اقصى درجة من شدتها بتأثير التسمم المعائي واما الآن فقد خفت وطأة العجز في العضلة القلبية بعد تنظيم الغذاء وتعقيم الامعاء .

وجدنا في معاينة القلب نفخة اكليلية مضاعفة في ذروة القلب وكانت ذروة القلب منتقلة عن موضعها ومتحولة قليلا الى الاسفل والوحشية . وكان الصوت الرئوي الثاني مشتداً وهذه هى حالته المعتادة عندما يوجد التضيق في الدسام الاكليلى

كان النبض عديم النظام الى درجة شديدة وسريعا جداً والمريض لم يزل في المستشفى وكانت تنتابه نوبات من التسرع القلبي قبل زمن غير بعيد فتضايقه جدا وكانت تدرك اليد ارتعاشا عند وضعها على موضع ضربة الذروة القلبية . وهو الارتعاش المرسي الذى يعد عرض يقيني للتضيق الاكليلى .

نعالج المريض الآن بالنوسالفارسان والديجيتال

الوقعة السادسة :

وهى على جانب عظيم من الفائدة من كلا الوجهتين الطبية والجراحية

يدعى المريض جبار بن جاسم يشتغل بالطين له من العمر ٢٠ سنة وجد صعوبة في المشى قبل ٨ اشهر .

وجدنا بالفحص بارزات عظمية Exostoses في جميع عظامه ولاسيما في الركبتين وكانت عظام الكتف والحرقفة مصابة بنفس الآفة . وان البارزات العظمية كانت في الاصل اوراما غضروفية Chondromata . متولدة من مشاشات العظام Epiphyses .

يندر جدا وجود هذا النوع المستولي على جميع عظام الجسم والاورام هنا ربما بدأت اثناء الحياة في داخل الرحم ولم نعلم اسبابها .

تحققنا ان ابوي المريض لم يكونا قد اصيبا بهذا المرض وقد ذكر لنا ان خالته كانت مصابة بنفس هذه الاورام الصلبة حول معصميها .

ومما يستوقف النظر ان الآفات كانت متناظرة .

لم يكن للمريض اخوات ولكن له اخ واحد في السنة الثالثة من العمر . وقد اوصينا المريض بجلبه لأجل المعاينة ونأمل ان نراه في القريب .

كانت هذه الوقعة مفيدة خاصة من حيث اصابة المريض بفلج تشنجي في الاطراف السفلى ولم نحصل على علامات واعراض تساعد على تعيين موضع الآفة في النخاع الشوكي لأن الفلج كان غير تام . ولكنا افتكرنا في وجود بروز عظمي ضاغط على النخاع الشوكي في الناحية الظهرية من العمود الفقري وقد تحقق ظننا هذا بفحص الاشعة اذ اتضح وجود ورم عظمي في منتصف العمود الفقري الظهري .

ونأمل ان نكشف سوية الآفة في العمود الفقري بواسطة (الليبيودول) بعدزرقه في المسافه تحت العنكبوتية بطريق الرباط القفوي الاطلاسي وبذلك يسهل تعيين موضع التضيق بالاشعة .

الامراض الخارجية

الدكتور صائب شوكت

(١) جرح نادى فى البطن واندمال الامعاء بعد جرحها بدون عملية جراحية

عبد بن احمد رجل فى سن الخمسة وثلاثين يشتغل بالفلاحة فى نواحى شهربان وهو من اهل هذه الديرة . قد اصابته طلقة نارية عن بعد ذراعين قبل ان يصل الى المستشفى بيومين . وكانت الرصاصة قددخلت فى الناحية الحثلية ولذلك كان يشكو من الم فى بطنه وخاصة فى منطقة محدودة فى الناحية الحثلية

كان المصاب كهلا قوي البنية كامل الاعضاء .

فحصنا جسمه فوجدنا فتحة دخول الرصاصة كائنة فى الناحية الحثلية تبعد عن الخط المتوسط نحو عقد ونصف الى اليمين وفوق الثنية المغبنيه وكان يوجد فى ذلك الموضع انتفاخ وحساسية . وكانت البطن متحركة مع حركات التنفس الا ان عضلات البطن كانت متقلصة فى الجهة اليمنى

كانت درجة الحرارة ١٠٢ وعدد النبض ١١٠ والتنفس ١٨ في الدقيقة . اللسان رطب والاحوال العمومية جيدة . ولم يوجد دم مع البول ولم يضطرب المريض من الم في التبول ولكن بطنه قد امسكت منذ اصابته بالجرح فكانت هذه الاعراض تدل على وجود جرح غير نافذ الى الامعاء او المثانة وكدمة وانصباب دموى في القسم الايمن من الناحية الحثلية .

كان قد مضى يومان على جرح المريض ولم نجد في خلالها علامة تدل على التهاب البريطون لان المصاب كان مستريحا ولذلك قررنا تأجيل المداخلة الجراحية ومراقبة المريض استعدادا لما قد يطرأ من العوارض التي تستوجب اجراء العملية حالا . الا ان درجة الحرارة قد هبطت فى اليوم الثاني الى ١٠٠° ومكثت بضعة ايام تتحول بين درجتي ١٠٠° و٩٩° . وما كان اشد استغرابنا حينما رأينا الرصاصة قد خرجت مع الغائط في اليوم الرابع من دخوله الى المستشفى وعلى اثر ذلك اندفع الالم من حول فتحة الجرح وهبطت الحرارة الى حدها الطبيعي في خلال ٤ — ٥ ايام . وفي اليوم العاشر كان المريض في صحة تامة اوجبت اخراجه من المستشفى .

فبالنظر الى مشاهداتنا هذه وجب ان نتسائل هل كان المرمي قد نفذ في الامعاء الغليظة (وفي الغالب الاعور او القولون الصاعد) من محل خارج عن البريطون . ؟ يجب ان يكون الجواب هنا سلبيا اذا نظرنا الى وضع الجرح لأن وضعه لايبقى مجالا لاحتمال نفوذ الرصاصة على الوجه الوارد في السوآل الآنف الذكر . اذاً هل نفذت الرصاصة في الامعاء من داخل البريطون ثم اندمل الخرق من تلقاء نفسه . ؟ نعم يمكن ذلك وهو اقرب الى الصواب بالنظر الى موضع الجرح . ومهما كان الامر يجوز لنا ان نستنتج من هذه الحادثة انه من الممكن ان ينال الامعاء جرح يندمل بدون عملية جراحية ولوكان هذا من النوادر .

﴿ ميلانوسركوما تنشأ عن شامة في الساعد ﴾

جمعه ابن طعمة فلاح من سامراء عمره ٣٥ سنة جاء الى المستشفى يشكو من ورم صلب على الوجه الانسي من الساعد الايسر بقدر الفندقة ؛ وورم كبير لين على الوجه الانسي من العضد الايسر بقدر البرتقالة الكبيرة ، وانتفاخ فى العقد اللنفاوية الابطية

كان اصل المرض ورم صلب اسود اللون ظهر قبل اربعة اشهر على الجهة الانسية لساعده الايسر نعته المريض باسم (الفالولة) وكان هذا الورم متحركا ومورثا للالم وبعد ظهوره بشهرين قطعه المريض بالسكين ولكن لم ينفعه هذا التدبير بل عاد فظهر الورم على هيئة نسيج قرني صلب اسود وظهر معه ورم آخر فوق اللقمة الانسية للعضد والورم الاخير اخذ يكبر بسرعة حتى بلغ حجم البرتقالة بعد شهرين وعند ذلك توجه المريض الى طبيب سامراء فبادر هذا الى فتح الورم زاعماً انه خراج بسيط فلم يخرج منه ما عدا الدم وعلى اثر ذلك ارسل المريض الى هذا المستشفى لاجراء ما يلزم من المعالجة .

والمريض رجل كهل قوى البنية تام الاعضاء .

وعند الفحص وجد ورم الساعد صلبا اسود اللون متحرك مع الجلد ولم يوجد أثر احتقان فى محيط الورم ولكنه موجع بالضغط عليه واما ورم العضد فكان شاغلا الثلثين السفليين من الجهة الانسية للعضد وموضوعا فوق بكرة العظم العضدى وهو بحجم البرتقالة الكبيرة غير ملتصق بالعظم ولكنه ملتصق بالعضلات حيث كان يتحرك عند انقباض العضلة ذات الرأسين والعضلة العضدية القدامية اثناء انعطاف الساعد على العضد وعند انقباض العضلة ذات الرؤس الثلاثة اثناء انبساط الساعد فيتضح من هذا ان الورم كان ملتصقا بهذه العضلات الثلاثة ولم يوجد أثر للفلج في العصب المتوسط والزندي فكان هذا دليلا على ان الورم غير متصل بهذين العصبين .

كان الجلد الذى يستر الورم رقيقا سنجابي اللون ملتصقا قويا بالورم وكانت عليه شقوق تبرز من كل منها تنبتات ورمية والورم لين القوام يماثل القيح الثخين كروى الشكل لم تدرك اليد فيه نبضاً ولا علامة للالتهاب او الاحتقان .

واما العقدات اللنفاوية في العنق فكان عددها خمسة يبلغ كل منها حجم البندقة متحركة ، صلبة القوام .

فكانت هذه الاعراض مشخصة لما يسمى بالملانوسركوما

واما العلاج فكان بالعملية الاتية :

اجرى تخدير المريض بخليط من الاثر والكلوروفورم ثم استوصل الورم من الساعد مع الجلد الذى يحيطه الى مسافة عقد واحد واجرى كى الانسجة التي تحته بالدياترمى . ثم استوصل الورم الثانى من العضد مع قسم من العضلة ذات الرأسين والعضلة العضدية القدامية والرأس الانسى للعضلة ذات الرؤس الثلاثة وجرد الشريان العضدى والعصب المتوسط من الورم بصورة جيدة وبعد استئصال الورم اجري كى الانسجة بواسطة الدياترمى بصورة كاملة وذلك لتخريب الخلايا الخبيثة التي ربما وجدت في تلك الناحية ثم استؤصلت العقدات اللنفاويه الابطية

الجمعية الطبية البغدادية

اجتماع تشرين الثاني ١٩٢٧

عقد اجتماع تشرين الثاني ١٩٢١ فى ٢٣ منه في نحو الساعة الخامسة زواليه مساء فى يوم الاربعاء وقد حضر هذا الاجتماع ١٠ اعضاء فتلى الدكتور سيمان غزالة خطبته فى (اكتشاف الدورة الدموية من قبل هارفى) وبعد انهاء الخطبة اقترح الدكتور ساندرسن تقديم التعزية لجلالة الملك المعظم بمناسبة وفاة جدته المعظمة فقبل هذا الاقتراح وقدم لجلالة نائب الملك الكتاب الآتي :

قد استولى الحزن على جميع اعضاء الجمعية الطبية البغدادية لوفاة ساكنة الجنان جدة جلالتكم العزيزة فترفع لجلالتكم ولجميع اسرتكم الطاهرة تعازيها سائلة المولى ان يلهمكم الصبر والعزاء ويتغمد روح الفقيدة الجليلة برحمته ورضوانه ويسكنها فسيح جنانه

الدكتور هاشم الوتري الدكتور وودمن
سكرتير الجمعية الطبيه البغدادية رئيس الجمعية الطبية البغدادية

وقد ورد الجواب الاتي :

« امرني حضرة صاحب الجلالة نائب الملك بأن اعرب عن شكره لمشاركتكم جلالته فى المصاب الجلل بوفاة المبرورة المغفور لها ساكنة الجنان سمو الجدة المنعمة واقبلوا فائق الاحترام »

عبدالله

المأدبة السنوية السابعة :

اقيمت المأدبة السنوية السابعه فى نزل مود فى ٨ كانون الاول ١٩٢٧ يوم الخميس مساء نحو الساعة ٣٠ و ٧ زوالية وقد حضر المأدبة ٢٩ عضواً مع ٩ ضيوف وكانت ضيوف الجمعية مؤلفة من الذوات الاتية اسماءهم : (١) معالى رشيد علي بك الكيلاني وزير الداخلية (٢) فخامة عبد المحسن بك السعدون رئيس مجلس النواب (٣) نشئت بك السنوي امين العاصمة (٤) المستر بور ديلون سكرتير فخامة المندوب السامى (٥) المستر ادمونس معاون مستشار وزير الداخلية (٦) سليم حسون مدير جريدة العالم العربي (٧) رزوق غنام مدير جريدة العراق (٨) سيد حسين يحيى مندوب جريدة الاستقلال (٩) المستر كامرون مدير جريدة بغداد تايمس .

وقد شرب نخب جلالة ملك العراق وجلالة ملك بريطانيا ونخب الجيش العراقي ونخب الجيش البريطانى ونخب الضيوف ونخب الجمعية الطبية البغدادية حسب المنهاج المقرر .

اجتماع كانون الثاني ١٩٢٨

عقد هذا الاجتماع فى ٢٨ من الشهر يوم السبت نحو الساعة ٣٠ و ٥ زوالية مساء وقد حضر (١٥) عضواً فألقى الدكتور دانلوب خطبة فى (تدرن الرئة) ولما انتهى منها اقترح الدكتور ابراهيم عاكف آلالوسى تأسيس سناتوريوم واقترح الدكتور ساموئيل آدا تو اتخاذ التدابير اللازمة لأجبار اصحاب الدور على طلاء جدران الغرف بالبورق او بمادة اخرى قبل اجاره فى كل سنة عند ابدال المستأجر

واقترح الدكتور صائب شوكت اسداء الاعانة لأجل توزيع الحليب الى اطفال الفقراء لانه يعتبر هذه المساعدة وغيرها من مساعدات الاطفال خير وسيلة يجب اتخاذها لمكافحة التدرن الذي ينشأ في الاصل من اهمال صحة الاطفال ونشوئهم من ظروف مخلة باركان الصحة. وقد قبل اقتراحه هذا .

﴿ منهاج الخطب التي سوف تلقى في عام ١٩٢٧ — ٢٨ ﴾

التاريخ	اسم الخطبة	اسماء الخطباء
٢٣ تشرين الثاني ١٩٢٧	اكتشاف الدورة الدموية من قبل هارفي	الدكتور سليمان غزاله
٢٨ كانون الثاني ١٩٢٨	التدرن الرئوي	« دانلوب
٢٣ شباط ١٩٢٨	الانكيلوستوميازيس في السريريات	« توفيق رشدي
٢١ مارت ١٩٢٨	الواجبات والآداب الطبية	« نظام الدين
١٨ نيسان ١٩٢٨	عملية نقل الدم	« صائب شوكت
٢٣ مايس ١٩٢٨	الحالة الصحية في الحدود العراقية التركية	« هيكس
١٩ ايلول ١٩٢٨	الاجتماع السنوي	

المجلة الطبية البغدادية

THE BAGHDAD MEDICAL REVIEW

العدد الرابع | السنة الثالثة

مجلة الجمعية الطبية البغدادية

مديرها: الدكتور صائب شوكت

رئيس تحريرها: الدكتور هاشم الوتري

السنة ٣

العدد ٤

شباط سنة ١٩٢٨ | شعبان سنة ١٣٤٦

الاشتراك السنوي ٥ ربيات | ثمن النسخة ١٢ آنة

المراجعة في جميع مايخص المجلة تكون باسم الدكتور صائب شوكت في المستشفى الملكي في بغداد

بغداد * مطبعة العراق

فهرست العدد الرابع من السنة الثالثة

المقالات الاساسية

الدكتور سليمان غزاله	الدورة الدموية	ص ٨٥
" هاشم الوتري	اوجاع المراق الايمن	ص ٨٩
" حنا خياط	معضلة وفيات الاطفال في العراق ومعالجتها	ص ٩٢

المقتبسات

الدكتور هاشم الوتري	مشاهدات الديزانتري في فلسطين	ص ١٠٠
ادوار جبوري	الطاعون في الماضي والحاضر	ص ١٠٤

الشؤون

المدرسة الطبية العراقية	ص ١٠٨
المستشفى الملكي في العاصمة (مشاهدات طبية)	ص ١١٣
الجمعية الطبية البغدادية	ص ١١٨

العناية الذاتية للمصابين بالديابطس

البول السكري

تمهيد :

ليس من بين الامراض مرض تتحسن فيه تباشير المستقبل بتأثير المعالجة السديدة كالبول السكري ولما كانت النتائج السارة التي تسفر عن المعالجة متوقفة غالبا كلها على المريض نفسه ، فقد وجب اطلاع هؤلاء الذين يقاسون المرض على موجز من الاركان والمبادىء التي يجب ان يبنوا حياتهم عليها وهذا هو الغرض من تحرير هذه الرسالة . يجب على كل مصاب بالديابطس مهما كانت اصابته خفيفة ، ان يضع نصب عينيه انه ليس بشخص سليم و بما انه لايستطيع ان يكون تحت اشراف الطبيب في كل يوم فقد اصبح من الامور الضرورية له ان ينال قسطا من معرفة الاسباب الداعية الى مرضه وعلاجه ليتسنى له بذلك الاحتفاظ بحالة طبيعية ملائمة . وفضلا عن ذلك فان كثيرا من الامراض الطفيفة التي تنتاب الناس في حياتهم الاعتيادية ربما صارت وخيمة عندما تتعلق بمريض مصاب بالبول السكري (الديابطس) ولذلك فقد اصبح من المحتم على المصاب بالديابطس ان يتعلم اتخاذ الاحتياطات السريعة الفعالة عندما تناله اي اصابة بالمرض ولاحاجة للقول أن المواد التي يشتمل عليها هذا الكتاب لم يقصد بها اكثر من ان تكون متممة لارشادات الاطباء ووصاياهم غير ان مرضا كالديابطس لابد وان تنشأ منه على ممر الايام مشاكل عديدة يستطيع المريض نفسه ان يتولى البت فيها اذا كان قد نجح في الحصول على معرفة كافية من قواعد المعالجة في البول السكري .

بما ان غرض هذا الكتاب اسعاف معدل المصابين بالبول السكري من الذين لم يكن لهم المام بقواعد الحمية ومساعدتهم على فهم تركيب الاطعمة المعتادة والاسلوب الذي تتصرف بوجبه هذه الاطعمة في مصالح البدن المختلفة — فان من الضروري ايراد خلاصة من القواعد العامة التي يتكون منه علم الحمية في حالة الصحة وفي حالة الاصابة بالديابطس . ولاحاجة للقول بان افضل المصابين بالديابطس ثقافة وتهذيبا انما هو اكثرهم استعدادا للاشراف على مرضه اشرافا مؤثرا ودائميا ومع ذلك فاننا اذا استثنينا الذين فيهم خلل عقلي ثابت ، فاننا في النادر نجد رجلا لا يستطيع ان يرتب حميته بعد ان يحصل على معلومات كافية فيما يختص بترتيب الغذاء .

ولقد تقدم علاج الديابطس تقدما عظيما في العشر سنوات الاخيرة وقد كان ذلك التقدم بواسطة الحمية وحدها وفضلا عن ذلك فان اكتشاف الانسولين وشيوع استعماله في الايام الاخيرة قد مكن كثيرا من المصابين بالبول السكري ان يعيشوا عيشة نافعة لاتفرق كثيرا عن الحياة التي يتمتع بها الاصحاء ، ولسوء الحظ ان المرض قد انحى اكثر انتشارا مما كان عليه قديما ومما يوجب الاسف ايضا ان هذا المرض من الامراض التي تمكث في طي الخفاء في ادوارها المبكرة وعليه فمن المستحسن الفات النظر الى العوامل التي ربما كانت على جانب عظيم من الاهمية في جعل الشخص مستعدا للمرض . فالاول من تلك العوامل هو الاكثار من الطعام مع ما يفضي اليه من السمانة ، والثاني هو نقصان التمارين البدنية المعقولة ومن الراجح وجود كلا العاملين في الطبقة الراقية المتمدينة اكثر من وجودهما في الطبقة الفقيرة غير المتمدينة وربما امكن بهذا تعليل سرعة انتشار المرض في السنين الاخيرة في بعض المناطق التي تتوفر فيها اسباب التمدن والراحة والرخاء كالولايات المتحدة الامريكية. ان شيوع الركوب بالسيارات في تلك الولايات قد خفض من معدل التمارين البدنية التي يجريها الفرد في حين ان سكان المدن في الولايات المتحدة مشهورون بالافراط في استهلاك الاطعمة التي تحتوي على النشاء والسكر . ومما يوجب الاسف ان هناك اعتقادا عاميا شائعا بين جماهير الناس وهو ان وزن الجسم كلما زاد كان ازدياده دليلا على الصحة الجيدة والحال ان هذا الاعتقاد ربما صح في الشبان وفي الذين نحلت اجسامهم بصورة لا تأتلف مع طول قاماتهم فالسمانة ربما دلت على الصحة في زمن الشباب وحداثة السن ولكنها ليست كذلك في الكهول وان الزيادة السريعة في وزن البدن واستيلاء السمن عليه في منتصف العمر ليس هو في الحقيقة إلا دليلا على الخطر واذا مر ذلك بدون ان ينتبه اليه صاحبه فان نتيجته غالبا هي الديابطس .

الفصل الاول

مفعول الاغذية في جسم الانسان

يمكن تشبيه جسم الانسان او اي بدن من ابدان المخلوقات الحية بماكنة نفط تشتغل على الدوام وكما ان الماكنة تحتاج الى النفط فان الجسم كذلك يحتاج الى الوقود ويتالف الوقود في ماكنة الجسم من المواد الغذائيه التي يتركب منها قوتنا اليومي الذي نعيش به : فاذا قل تموين الماكنة بالنفط او انقطع بتاتا تكون نتيجة ذلك ضياع قدرة الماكنة او وقوفها : واذ لم يأخذ البدن مقداراً كافيا من الطعام او اذا امسك الانسان عن الطعام تماما يتعطل عاجلاً او آجلاً الترتيب الميكانيكي الدقيق الذي ندعوه بالحياة ، ذلك الترتيب الذي يسير افعال الجسم ووظائفه وعندئذ يقوم الموت بدلا من الحياة ولزيادة التشبيه بين البدن والماكنة نقول ان اشتغال الماكنة متوقف على احتراق الوقود من فحم ونفط وما يماثلهما ونظير ذلك يحدث في جسم الحيوان حيث ان الفعالية التي ندعوها بالحياة ماهي الا نتيجة لأشتعال الوقود الذي هو عبارة عن الطعام الذي نأخذه . وفعلا ان طبيعة كلا الاسلوبين من اساليب الاحتراق اي سواء كان احتراق النفط وانفجار ابخرته او احتراق الاغذية البطيء فأن كليهما مثالان لأسلوب واحد وهو اتحاد الاوكسجين بالنفط او الطعام . يؤخذ الاوكسجين في ماكنة النفط مع الهواء بواسطة انبوب جاذب للهواء وفي جسم الانسان يؤخذ الاوكسجين من الهواء الذي نجذبه الى الرئتين بواسطة التنفس وعند اتحاد الاوكسجين بالنفط (البترول) او الغذاء تحصل الحرارة والقدرة . ولا لزوم للحرارة في الماكنة فهي تخرج منها مع الماء المبرد لغلاف الاسطوانة (السيلندر) والردياتور (المشعع) بينما ان الحرارة في الجسم تستخدم للمحافظة على سخونة البدن. واما القدرة التي تحصل من اتحاد الاوكسيجين بالبترول فهي تحرك الماكنة بينما انها في الجسم تقوم بتحريك العضلات وبها تشتغل العضلات بدون انقطاع في ضربات القلب وفي تقاص العضلات القائمة بحركات التنفس هذا فضلا عن القدرة التي يحتاجها الجسم للقيام بالاعمال التي تستوجبها حياة العمل .

وقد رأينا قبل الآن ان عدم كفاءة المحروقات يفضي الى وقوف الماكنة ويقع مثل ذلك عندما تكون هذه المحروقات زائدة عن اللزوم حيث تختنق الماكنة وتقف ويحدث نظير هذا في البدن : ان الطعام الزائد مما يهبط طاقة الجسم التي بها يقوم بالأخذ والعطاء مع الطعام الداخل اليه ويفضي هذا اخيرا الى الضعف. ولما كان تموين ماكنة احدى السيارات بالوقود منوطاً بثقل السيارة وبالمرتفعات التي تتسلقها فأن تموين جسم الانسان ايضا ينطبق تماما

على هذه النسبة حيث ان مقدار الطعام الذي نحتاج اليه يختلف بالنسبة الى اجرامنا والاعمال التى نقوم بها وكل منا قد عرف بالتجربة ان فى ايام الاعياد والنزهة نشعر بالجوع بما اتينا من التمارين البدنية المنشطة وذلك ما لا نشعر به عندما تمضي ايامنا بالعقود .

واتحاد الاوكسيجين مع البترول في المكائن ومع الغذاء فى جسم الحيوان هو حادث كيمياوى يطلق عليه اسم (التأكسد) . وعلى كفاءة هذا التأكسد وتمام وقوعه تتوقف الحياة . والتغيرات الكيمياوية التى تحدث فى الاعضاء المختلفة من الجسم بنتيجة التأكسدات المستمرة الواقعة فى الانسجة تدعى بالمتابوليزم . وكما ان الانسان يحتاج الى الطعام لتوليد الحرارة والقدرة في جسمه فان له احتياجا دائميا آخر لتعويض الانسجة والنمو فى الاطفال فالانسان يسد هذا الاحتياج الثاني بقسم من ادخالاته الغذائيـــة .

تتكون المواد الغذائية التي نأكلها من واحد او اكثر من المواد الثلاثة التى نوردها فيما يلي ؛

البروتهئين

هيدرات الكربون

الشحم

ومن الضروري الالمام بشئ من طبيعة هذه المواد والدور الذى تلعبه فى عضوية الجسم حتى يتسنى للقارئ فهم الاساسات التي تبنى عليها الحمية فى البول السكرى وتكاد تكون جميع الاغذية حاوية للماء والاملاح اضافة الى المواد الثلاث التي سبق ذكرها

فلنتكلم اولا عن البروتهئين فى الحمية الغذائية ومصيره فى الجسم . ان البروتهئين هو اهم العناصر التي تتكون منها جميع اللحوم والاسماك والبيض وتوجد منه كمية قليلة فى الخضار والفواكه . ويتميز كيمياويا عن هيدرات الكربون والشحم باحتوائه على عنصر النيتروجين (الآزوت) وهذا ما اوجب تسمية الاغذية البروتهئينية بالاغذية النيتروجنية وتتكون معظم انسجة الجسم من مركبات البروتهئين وان تعاطي البروتهئين مع الاطعمة هو من الامور الجوهرية التي تتوقف عليها الحياة والنمو واضافة الي ذلك فان البروتهئين يحترق او بعبارة اخرى يتأكسد فى الجسم ويولد الحرارة والقدرة وفى الحقيقة ان هذه العاقبة هي نصيب الجزء الاعظم من البروتهئين الذي ناخذه مع طعامنا اليومى واذا ما احترق او تأكسد البروتهئين فى الجسم فهو لا يحترق تماما مع تكوين الغاز كما يحدث فى احتراق البترول فان جزء النيتروجين الداخل فى تركيب البروتهئين ، عاجز عن الاتحاد بالاوكسجين ولعجزه هذا فانه لا يتصرف في البدن بالاحتراق بل انه يطرح مع البول بعد وصوله الى الكلي بواسطة الدم . فالبروتهئين اذاً هو مادة ضرورية

لنمو انسجة الجسم وترميمها وعلاوة على ذلك هو منبع للحرارة والقدرة . وبناء على هذا يجب ان يكون نسبة مقدار البروتهئين فى طعام الطفل الآخذ فى النمو اعظم منها في طعام الكهول

ويأتي بعد البروتهئين هيدرات الكربون وهو مادة غذائية على جانب عظيم من الاهمية للاصحاء وهذه المادة من المواد الاساســية التي تتركب منها الاطعمة النشائية كالخبز والبطاطة والارز وهي المادة الغذائية الوحيدة التي يتألف منها السكر . وان هيدرات الكربون بخلاف البروتهئين ، ليس من المواد الجوهرية للنمو ولا تجديد انسجة الجسم الا انه في الطعام العادي يكون الجزء الاعظم من الوقود المستهلك في انتاج الحرارة والقدرة ويخالف البروتهئين باوصاف اخرى وهي انه لا يحتوي على النيتروجين واذا احترق في البدن فانه يحترق بكليته ولا يترك بقية او رمادا . ومهما كان نوع الاطعمة الهيدروكربونية سواء كانت سكرا ام نشاء فانها اذا دخلت الجسم استحالت الى اصل واحد من السكر وهو الغلوكوز وبهذه الصورة تنتقل الى التيار الدموي .. وان جانبا من الغلوكوز يتطور الى مادة اخرى تدعى بالغليكوجين وهذه المادة تخزن في الكبد والعضلات لتصرف في المستقبل لانها مستعدة للرجوع الى حالة الغليكوز متى حصلت الحاجة اليه . ويحتوي الدم دائما على مقدار قليل من الغليكوز منحلا فيه ولكن هذا المقدار ثابت لا يتحول وينتقل هذا المقدار من الغليكوز مع التيار الدموي الى العضلات والانسجة الاخرى حيث يتأكسد (يحترق) وينتج الحرارة والقدرة . وان استعداد انسجة الجسم الى استخدام الغليكوز يتوقف على وجود مادة في الدم تصنعها البنكرياس وهي غدة موضوعة خلف المعدة تقوم بقسم من اعمال الهضم . فاذا اعتلت البنكرياس واصبحت غير قادرة على انتاج تلك المادة التي سميت حديثا باسم (الانسولين) ، انحى الجسم عاجزا عن احراق هيدرات الكربون الذي في الاطعمة وكانت نتيجة هذا ابتلاء الشخص بالديابطس او البول السكري .

واما المادة الغذائية الثالثة التى يقوم بها طعامنا اليومي فهي الشحم . ويتناول الانسان هذه المادة من الشحوم الحيوانية مثل الزبد وشحوم اللحم او من الزيوت النباتية كزيت الزيتون والسيرج وما اشـــبه ذلك وتتأكسد (تحترق) الشحوم في الجسم بصورة مماثلة لما يحدث في هيدرات الكربون والبروتهئين وهي ايضا ينبوع للحرارة والنشاط .

ان اكثر الاطعمـة التى نأكلها تحتوي لا اقل على اثنين واحيانا على ثلاثة من انواع هذه المواد واعني بها البروتهئين وهيدرات الكربون والشحم وان كانت نسبة هذه المواد مختلفة بحسب نوع الطعام . يحتوي اللحم على البروتهئين والشحم ؛ ويحتوي الخبز ، على هيدرات الكربون والبروتهئين ؛ ويحتوي البيض على البروتهئين والشحم ؛ ويحتوي الحليب على البروتهئين وهيدرات الكربون والشحم . وفضلا عن هذا فان جميع الاطعمـة

تحتوي على مقدار وافر من الماء وقد يكون الماء في الخضروات كالهانة مثلا بالغا تسعة اعشار الوزن . والماء وان كان من المواد الضرورية للحياة فليس له قيمة غذائية اي انه عاجز عن انتاج الحرارة والقوة بنتيجة التأكسد .

فكما انه من الممكن حساب مقدار الحرة التى تحصل من احتراق مقدار معلوم من الفحم او البترول فانه من الممكن ايضا تعيين مقدار الحرارة التى تنتشر من الاغذية عند احتراقها او بعبارة اخري عند تأكسدها . وتقدر كمية الحرارة والقدرة الحاصلتان من انواع الاطعمة المختلفة بوحدة قياس يطلق عليها اسم (الكالورى) وهذه الوحدة تشير الى مقدار الحرارة اللازمة لتسخين كيلوغرم واحد من الماء الى درجة واحدة من درجات المقياس المئوي (سنتيغراد) وقد ثبت بالاختبار ان تأكسد (احتراق) غرام واحد من البروتهئين في الجسم ينتج اربعة كالوريات وتأكسد غرام واحد من هيدرات الكربون يولد اربعة كالوريات ايضا ، وتأكسد غرام واحد من الشحم يولد تسعة كالوريات . وعليه فاننا اذا عرفنا مجموع غرامات البروتئين وهيدرات الكربون والشحم في الطعام الذي اخذ في الاربع وعشرين ساعة كان في امكاننا تعيين مقدار ما ينتج عن الطعام من الحرارة و بيانه بالكالوري بحساب بسيط .

وغني عن البيان ان احتياجات الشخص تختلف بالنظر الى عدد الكالوري الذي يحتاجه يوميا في طعامه فان رجال الدواوين الذين يلازمون الجلوس يحتاجون طبعا الى مقدار من الكالوري اقل مما يحتاجه العامل او الفلاح الذي يقوم باعمال عضلية عنيفة ثماني ساعات او اكثر في اليوم . وان صغير الجسم يحتاج اقل ممن كان طويل القامة وثقيل الجسم . واما الطفل الآخذ في النمو فهو مع نشاطه المستمر يحتاج الى الكالوري اكثر من الجميع نسبة . والرجال الاشداء حقيقة يجب ان لايقلقوا بالهم بمقدار الكالوري الذي يحتوي عليه طعامهم . وان الشهية للطعام تختلف بحسب احتياج الشخص . هذا على شرط ان تكون افعال الهضم سائرة على نظام حسن . واليك بيانا يحتوى تركيب الطعام العادى الذى يجب ان يتناوله رجل بالغ يزن نحو سبعين كيلو غراما ويقوم باعمال بدنيه معتدلة .

الطعام	الكميه بالغرام	الكالوري عن كل غرام	مجموع الكالورى
هيدرات الكربون	٤٠٠	٤	١٦٠٠
البروتئين	١٠٠	٤	٤٠٠
الشحم	١٠٠	٩	٩٠٠
			٢٩٠٠

الفصل الثاني

الديابطس او البول السكري

قد ذكرنا قبل الآن ان للديابطس سببين مهيئين اولهما الافراط من الطعام وما ينتج عنه من السمانة وثانيهما فقدان الرياضة البدنية . واضافة الى هذين السببين توجد عوامل مهمة اخرى : منها الوراثة . ففي بعض الأحيان يظهر الديابطس وكأنه مرض وراثي ومع ذلك فهو ليس على هذه الصورة دائما وقد وجد صدفة ان المرض يعقب اليرقان وخلاف ذلك فان كثيرا من حوادث الديابطس يحدث بدون سبب واضح .

ويعرف الديابطس بوجود السكر في البول وفي الأحوال التى لم تعالج يتميز المرض بالعطش الشديد وكثرة اطراح البول . واضافة الى ذلك فان المريض بعد ان كان سمينا وقويا قبل هجوم المرض ، يفقد لحمه وتخور قواه فيتعب بسهولة حتى لو قام بعمل خفيف . ويصبح الجلد جافا وسريع التهييج وربما كان اول عرض ينتبه اليه المريض حكة حول الاعضاء التناسلية ويكون هذا خاصة في النساء .

وهناك اختلاطات اخرى ربما حدثت ايضا في المصابين بالديابطس من الذين قد كابدوا المرض مدة مديدة من الزمن . ومن تلك الاختلاطات ، الساد (الماء الابيض) في عدسة العين والتهاب خلف العين وكلاهما يؤلان الى ضعف البصر او العمى . وربما تجاوز المرض الى الاعصاب فاحدث الما في الساقين او وخزات وتملأ في اليدين والقدمين ومن اتعس الاختلاطات ، لا سيما في الطاعنين في السن غانغرين اصابع القدم او القدم نفسها وتموت الانسجة في هذه الحالة بسبب عجز الدورة الدموية عن تغذية هذه الأقسام ويجب اذا بترها وحذفها عن الجسم . وكثيرا ما يكون الديابطس مصحوبا بوجود بثور ودمامل في الجلد .

قد رأينا في الفصل الأول ان هيدرات الكربون الذي يؤكل أما بشكل اطعمة نشائية وأما بشكل سكر فهو يتجزأ بفعل الهضم الى نوع بسيط من السكر يعرف بالغلوكوز وهذا الأخير يمتص من جدر الامعاء الى الدم وينتقل بواسطته الى الكبد حيث يخزن قسم منه بعد ان يتطور الى شكل مخصوص من اشكال هيدرات الكربون يعرف باسم الغليكوجين والقسم الآخر يدخل التيار الدموي وعلى هذه الصورة يكون الدم الجاري في حالة الصحة متضمنا لمقدار معين من الغلوكوز يختلف بين جزء من الف من الدم في حالة الجوع وجزء ونصف من الالف بعد الطعام . أو بعبارة أخرى ان نسبة الغلوكوز في الدم تتراوح بين ١ر٠ في المائة و١٥ر٠ في المائة ومعنى ذلك ان كل ١٠٠ سنتيمتر مكعب من الدم يحتوي على مقدار من السكر يعادل عشر الغرام .

والاضطراب الأصلي الذي يحدث في الديابطس هو عجز انسجة الجسم عن القيام باكسدة (احراق) الغليكوز مع انتاج الحرارة والقدرة وتكون نتيجة هذا تزايد مقدار الغليكوز في الدم حتى يبلغ ضعفين او ثلاثة وحتى اربعة اضعاف المقدار العادي . وبسبب هذا التزايد في مقدار السكر في الدم يطرح جانب من السكر مع البول عند مروره من الكلى .

لماذا يكون المصاب بالديابطس عاجزا عن اكسدة (احراق) الغليكوز ؟ قد تحقق منذ زمن بعيد ان امراض النبكرياس تكون غالبا مصحوبة بمرور السكر مع البول ولكن لم يتضح سبب ذلك الا في الخمس سنوات الاخيرة حيث تحقق نهائيا ان البنكرياس تطرح في الدم مادة هي ضرورية لتأكسد الغليكوز ، وقد نجح الاستاذ بانتينغ في تجريد هذه المادة من بنكرياس الحيوان في عام ١٩٢٢ عند ما كان يشتغل في (تورونتو) واطلق عليها اسم (الانسولين) .
يقل افراز هذه المادة اوينقطع افرازها تماما في المصابين بالديابطس ولهذا السبب فانهم عاجزون عن استهلاك هيدرات الكربون الذي يأخذونه مع الطعام وتكون نتيجة هذا ارتفاع نسبة السكر في الدم ومرور السكر مع البول . والفائدة العظمي التي اسفر عنها اكتشاف الانسولين هي في كونه اذا حقن تحت جلد المصاب بالديابطس فانه يسد مسد قسم من الافراز الطبيعي الذي يحدث في البنكرياس ويمكن المريض من استهلاك جانب من هيدرات الكربون .

لو كان الخطأ في الديابطس منحصرا في افرازات البنكرياس اللازمة للتأكسد لكنا قد افتكرنا في ازالة ذلك الخطأ بحذف هيدرات الكربون من الحمية ولكن مع الاسف ان الامر ليس كذلك : ان المتابوليزم في البدن هو ترتيب ميكانيكي دقيق النظام فاذا حذف هيدرات الكربون من الطعام كان حذفه باعثا لأضطراب في تأكسد الشحوم التي يجب الاكثار من اكلها للتعويض عن هيدرات الكربون الذي حذف وقد اتضح انه من الضروري لتأكسد الدهن باجمعه مع تكوين الحرارة والقدرة ، ان يكون قد احترق من هيدرات الكربون مقدار موافق لما تأكسد من الشحم والا فان الشحوم لا يمكنها ان تحترق تماما وبفقد ان هيدرات الكربون يتم تأكسدها بصورة غير تامة وتترك بقية من الحوامض في الدم وتعرف هذه الحالة بالاسيدوزيس (اي التحمض) او التسمم بالحامض وهو اشد خطرا على الحياة من جميع اختلاطات الديابطس واذا تجاوز الحامض في الدم بعض الحدود المعينة فان المريض يفقد نشاطه اولا ثم يفقد شعوره ويفارق الحياة بعد بضع ساعات غارقا في سبات يطلق اسم عليه اسم (السبات الديابطيكي)

فمن الواضح اذاً اننا يجب ان نحذر من حذف الاغذية الهيدروكربونية بتاتا او المبالغة في تحديدها في الديابطس لئلا ينقلب نظام المتابوليزم في الشحوم وينتهي بحدوث التسمم بالحامض . ولحسن الحظ ان غدة البنكرياس

تكون في اغلب المرضى سالمة قسما من التلف وتكون البقية الباقية منها كافية لأفراز كمية من الانسولين وهذه الكمية تمكن المصاب من استهلاك المقدار القليل الذي يجب ان يأخذه من هيدرات الكربون وهذا المقدار وان كان اقل بكثير مما يأخذه الشخص الصحيح فهو كاف للوقاية من التسمم بالحامض الذي يحدث من اضطرابات متابوليزم الشحوم .

وفضلا عن ذلك فاننا منذ اكتشاف الانسولين ومنتوجاته ونزوله في اسواق التجارة اصبحنا مستعدين لحقنه بمقادير كافية لأن تسمح للمريض بأخذ مقدار زائد من هيدرات الكربون فصار المريض بفضل ذلك يأكل من الاطعمة النشائية والسكرية ماهو ضروري لوقايته من التسمم الحامضي . وبذلك فقد يتيسر انتشال الالوف من البشر من موت محتم وتمكين مئات الالوف من الناس من ان يعيشوا عيشة مفيدة .

الفصل الثالث

الحمية في الديابطس

راينا في الفصل الاول ان طعام الانسان مكون من ثلاثة انواع من المواد الغذائية البروتهئين وهيدرات الكربون والشحم . وان القسم الاعظم مما يحتاجه الجسم من الحرار والقدرة ، يسد بالاطعمة الهيدروكربونية واعظم سبب لذلك هو ان هذا الصنف من الطعام ارخص ثمنا من البروتهئين والسمن . وقد بينا في الفصل الثاني ان المصاب بالديابطس لا يؤكسد (يحترق) من هيدرات الكربون اكثر من مقدار محدود جدا وذكرنا ايضا انه يستحيل حذف هيدرات الكربون تماما من جدول الحمية بسبب الخطر الناشئ عن التسمم الحامضي والسبات الديابتيكي .
اذاً ان القواعد التي تبنى عليها حمية المصاب بالديابطس هي تزويد الجسم من هيدرات الكربون بأقصى مقدار تستطيع البنكرياس التأثير عليه ، واستبدال البقية الباقية من هيدرات الكربون بالشحوم . واما البروتهئين فيجب ان ينظم في الحمية تنظيما دقيقا بحسب جرم المريض ووزنه لأن هذا الغذاء اذا اعطي بكثرة ربما تحول قسم منه في الجسم الى غلوكوز وليس لهذا الغلوكوز اخذ وعطاء مع البدن لذلك فانه يطرح مع البول .

يجد القارئ في الجدول التالي بيان الطعام العادي والى جنبه الحمية التي يجب ان يحتمي بها رجل بالغ متوسط الجسم مصاب بدرجة متوسطة من الديابطس .

	الطعام العادى		الحمية في الديابطس	
	غرام	كالورى	غرام	كالوريـــے
البروتهئين	١٠٠	٤٠٠	٧٠	٢٨٠
هيدرات الـكربون	٤٠٠	١٦٠٠	٦٠	٢٤٠
السمن	١٠٠	٩٠٠	١٥٠	١٣٥٠
		٢٩٠٠		١٨١٠

يتضح من تدقيق الارقام المذكورة اعلاه : (١) ان مجموع الغذاء في حالة الديابطس قليل جدا (٢) ان العدد الاعظم من الـكالوريات مأخوذ من السمن الذي في الطعام ولم يؤخذ من هيدرات الـكربون الا قليلا وهو ماينافض تماما الترتيب الغذائي الذي يؤخذ في الحالة الطبيعية .

ومقدار الطعام يكون بطبيعة الحال مختلفا بحسب عمر الشخص وبنيته وبحسب شدة المرض ، فى الحالات الخفيفة كالتى تشاهد كثيرا في الشيوخ ربما امكن تجريد البول من السكر وضبط المرض بمجرد تحديد الاغذيه الهيدروكربونية بحذف السكر وتقييد إستعمال الخبز والبطاطة . وفي مثل هذه الحالات لايحتاج المريض الى وزن كلما يأكل بالضبط ولكن مع الاسف ان هذه الحالات لاتشاهد الا فى نسبة قليلة من اصابات الديابطس وان اغلب المصابين لايراجعون الطبيب والمرض لم يزل فى مبدأه بل اننا نراهم يفعلون ذلك حينما يكون المرض قد بلغ ادواره الاخيرة وحينئذ تقضي الضرورة بتحديد جميع انواع الاطعمة . ومما هو ضروري للاشراف التام على ترتيب الطعام فى مثل هذه الحالات ان يحصل الانسان على ميزان يوثق به ويجب ان يكون ذلك الميزان مستعدا لوزن المقادير التى تتراوح بين ٣٠ و٣٦٠ غرام بالضبط . وفضل الميازين التى تزن الاثقال بزنبرك لولبي هو ميزان (شاتيون)[1] وهذا الميزان مزود بساعة لها ميناء يمكن تحريكها وفيه كفة معدة لوضع صحن صغير فيها واذا وضع الصحن في كفة الميزان تدار الميناء الى نقطة الصفر ثم يوضع في الصحن الطعام المراد وزنه وعندئذ تقرأ الدرجة التى يقف عندها الميل فهي تشير الى الوزن الصحيح ومما يوجب الاسف ان هذا الميزان غال واذا امكن الحصول عليه فذلك نعم المطلوب يمكن اقتناء ميازين ارخص لا تتجاوز قيمتها النصف جنيه تزن بالضبط الاثقال من السبع غرامات ونصف غرام الى المئتين وسبعين غرام وهي جيدة ولـكن فيها محذور واحد وهو أنها صغيرة لاتسع احتمال الصحن ومما يحتاجه المريض ايضا اقتناء اقداح زجاجية مدرجة لـكيل السوائل .

(1) يباع ميزان شاتيون في اي محل من المحال التجارية التي تحتوي على الآلات الجراحية والدرجات التى تحتوي عليها ميناء ساعة هذا الميزان تشير الى الغرامات ويبلغ ثمنه نحو الجنيهين ونصف

يعين مقدار البروتهئين الذي يسمح به للمريض بالنسبة الي وزن الجسم واذا استثنينا الاطفال الآخذين فى النمو فان مقدار البروتهئين لايجب ان يتجاوز نسبة الغرام لـكل كيلوغرام من وزن الجسم وفي اغلب الاحوال وخاصة عند الشروع في المعالجة يجب ان يكون مقدار البروتهئين اقل من ذلك . واما مقدار هيدرات الـكربون فهو منوط تماما بشدة المرض والمقدار الذي يسمح به من هذا الغذاء كذلك يجب ان يكون في بادئ الأمر قليلاً جداً وتزداد كميتـه بالتدريج كلما تحسنت احوال المريض بتأثير المعالجه . والمقدار المسموح به من السمن يتوقف مباشرة على مقدرة المريض فى استهلاك هيدرات الـكربون وعليه فمن الجائز تزيده تدريجياً كلما جاز تزيد هيدرات الكربون . ومن المهم جدا لكل مصاب بالديابطس ان يعتنى في جعل مدخولاته الغذائية موافقة تماما لما اوصاه به طبيبه و تقتضي تلك العناية من المريض ليس فقط من حيث اكله كميات تزيد على ماسمح به الطبيب بل يجب ان يعتني ايضا بجعل طعامه اقل مما سمح له به لأن الطبيب لايكون مستعدا للحكم على نتائج المعالجة الا اذا كانت وصاياه قد انجزت تماما .

ومن المستحسن عند هذا الحد ان تقول كلمتنا حول المستحضرات الغذائية التى قد اعدت للمصابين بالديابطس والتي تباع بهذا الاسم فى مخازن التجارة . قد شوهد كثيرا ان احد المصابين بالديابطس بينما يكون مرضه سائرا سيرا حسناً واذاً به قد انتكس فجأة ويحدث ذلك مرارا عديدة ولدى التحقيق قد وجد ان السبب انما كان اكله لمقدار وافر من الطعام المسمى بخبز المصاب بالديابطس او بسكويته وذلك عملا باشارة اصدقائه . ولا يجوز ابدا تعاطي اي طعام من الاطعمة المجهزة للمصابين بالديابطس الا بأذن صريح من الطبيب وفي كل حالة يسمح فيها تعاطي هذه الاطعمة يجب ان تؤخذ بكميات معين وزنها بالضبط وسبب ذلك ان اكثر الاطعمة الشهية التي اعدت للمصابين بالديابطس تحتوي على نسبة كبيرة من البروتهئين واذا اخذ منها اي شئ ماعدا مقدار قليل جدا فان الـكمية الـكبيرة من البروتهئين التى تحتوي عليها تلك الاطعمة تفسد نظام الحمية وتتحول في الجسم الى غليكوز وبالنتيجه يمر السكر مع البول .

ان الطبيب يعين مقادير البروتهئين وهيدرات الكربون والسمن التى يجب ان تؤخذ في الاربع وعشرين ساعة وعلى المريض نفسه يترتب تنويع الطعام وجعله لذيذ الطعم في حدود تلك المقادير ولأجل القيام بذلك يجب عليه ان يتمشى من قواعد الحميه في الديابطس والمريض اذا تقيد بطعام واحد وسير على تعاطيه يوما بعد يوم ربما ولدت فيه حالة التمرد والعصيان ودفعته تلك الحاله الى التملص من حميته عاجلا ام آجلا . ومن الواضح ان الطبيب ليس له لاوقت ولافرصة للقيام بتنويع الطعام يوميا ولذلك فان هذه الوظيفة المهمة جداً يجب ان يقوم بها المريض نفسه .

يجب تناول معظم الاغذية الهيدروكربونية المسموح بها بشكل طعام يحتوي على نسبة قليلة في المائة من هيدرات الكربون ومقدار كبير من الماء ولهذا منفعة ذات وجهين : الاول ان الطعام يكون في هذه الحالة كبير الحجم ويسكن

الشعور بالجوع الذي ينشأ عن فراغ المعدة ؛ والثاني ان الخطأ الذي ربما حدث في وزن هذا الطعام يكون بالنسبة طفيفاً لا اهمية له لأن مقدار هيدرات الكربون الداخل في تركيب الطعام لم يكن في الحقيقة الا مقدارا صغيرا ولحسن الحظ ان الطبيعة قد جهزتنا بكميات واسعة من مثل هذا الطعام وهي الخضار التي نجدها في كل فصل من فصول السنة . ندرج في الجدول التالي الخضروات التي يكون فيها من هيدرات الكربون القابل للامتصاص اقل من جزء من العشرين من مجموع وزنها او بعبارة اخرى التي تحتوي على ٥ في المائة من هيدرات الكربون وتعرف باسم الخضروات ٥ فى المائة وهي :

الخضرات ٥ في المائة

الخس

اللهانة (الملفوف)

الخيار

السبانخ (الاسبيناغ)

الهليون (الجنجل)

الشجر (القرع)

الكرفس

الطماطة

القرنبيط

الفجل

الفطر (والكمأة)

الراوند

الفاصولية

ولما كانت هذه الخضرات تحتوي على نسبة قليلة من هيدرات الكربون فان المصاب بالديابطس يستطيع ان يأكل ماشاء من اي منها فان ١٨٠ غرام من اللهانة المسلوقة لاتحتوي اكثر من ٦ غرامات من هيدرات الكربون وبما قل هذا المقدار جداً اذا كانت اللهانة قد اغليت جيدا ولحسن الحظ ان هذه الخضرات رخيصة وتؤكل في اي طعام كان . تؤكل الطماطة في الفطور وتعمل صلاطة من الخس والطماطة وتؤكل مع الغذاء وتؤكل اللهانة او غيرها من الخضار في العشاء .

ومما عدا الخضرات ٥ في المائة توجد لدينا خضرات اخرى تحتوى على مقدار اعظم من هيدرات الكربون ولا يجب ان يحرم المصاب بالديابطس من تعاطيها على شرط ان تؤخذ بمقادير محدودة وفيها من هيدرات الكربون جزء من عشرة من مجموع وزنها واليك بيانها :

الخضرات والفواكه ١٠ فى المائة

الشلغم (اللفت)

الشوندر،

الجزر

البصل

الشليك (التوت الافرنجي)

البرتقال

الليمون

كزبرة افرنجية. عنب الذيب

عليق ، توت بري

واضافة الى ماسبق من الخضرات والفواكه التي تحتوى على ٥ فى المائة و ١٠ في المائة من هيدرات الكربون يوجد غيرها من التي تحتوي على نحو ١٥ في المائة و ٢٠ في المائة من هيدرات الكربون وطبعا ان هذه الاطعمة اعظم خطرا للمصاب بالديابطس ولا يجب ان تؤخذ مع الطعام الا بمقادير محدودة وبأذن من الطبيب .

الاطعمة التي تحتوي على ١٥ في المائة من هيدرات الكربون	الاطعمة التي تحتوي على ٢٠ في المائة من هيدرات الكربون
الانكينار	البطاطة
الانجاص	الارز
التفاح	المتارنة
	الموز

وهناك منابع اخرى لهيدرات الكربون فى الاطعمة ربما سمح للمصاب بالديابطس ان يتعاطى شيء قليل منها تحت الاشراف التام وهي :

(١) طحين الشوفان — يستخرج هذا الطحين من نوع من الحبوب يدعى بالتركية (يولاف) ويعطى عندنا

للحيوانات ويسمى (دوسر) وهو اصلح من غيره للمصابين بالديابطس يحتوي على نحو الثلثين من هيدرات الكربون اى ٦٦ في المائة من هذا الطحين مكون من هيدرات الكربون ويجب ان يوزن وهو جاف قبل الطبخ لأن هيدرات الكربون الذي فيه يختلف مقداره بحسب طريقة طبخة .

(٢) الخبز — ان جميع انواع الخبز سواء كانت بيضاء اوسمراء فانها تحتوي على ٥٠ فى المائة من هيدرات الكربون ولذلك فانها لاتصلح للمصابين بالديابطس ولاتعطى الا فى الحالات الخفيفة .

(٣) الحليب والقيمر — يحتوي كلاهما على مقدار قليل من السكر .

الآن قد انتهينا من ذكر المنابع الاساسية التى ياخذ منها المصاب بالديابطس ماله من هيدرات الكربون بقي علينا ان نذكر الاطعمة التى يتكون معظمها من البروته ئين .

ان المصابين بالديابطس يجب كما قلنا آنفا ان يحددوا ادخالاتهم من البروته ئين بنفس الدقة التى تحدد بها ادخالات هيدرات الكربون والمريض الذي لاتؤثر فيه هذه النصيحة ربما اكل من البروته ئين كميات كبيرة للتعويض عن نقص المواد الهيدروكربونية في طعامه وبذلك ربما جلب لنفسه النتائج المشؤمة ولنوضح ذلك بعبارة اخرى : ان اللحم (وهو من المواد البروته ئيدية) يضر فى بدن المصاب بالديابطس اذا اخذ بغير حساب لأن استهلاكه فى البدن يتم بحسب استهلاك الخبز (وهو من المواد الهيدروكربونية) واننا اذا حددنا ادخالات الخبز فانّنا نفعل ذلك لأنه لايتصرف فى البدن في مصالح الاعضاء بل انه بتأثير المرض يطرح مع البول بعد انقلابه الى السكر بدون ان يستفيد منه الجسم وما دامت عاقبة الخبز فى الجسم على تلك الصورة فان تصريف اللحم ايضا يتأثر من ذلك فلا يستهلك في مصالح الجسم وتكون عاقبته كعاقبة الخبز فما دام الجسم لايستطيع من تصريف الخبز فان اللحم ايضا لايتصرف وعليه فان من الضروري ان يفهم المريض انه لايسوغ له الاكثار من اللحم مادامت حالة الجسم تقتضي بتنقيص الخبز وانه اذا حدثته نفسه باكل اللحم بدون قياس زاعما ان ذلك يعوض عن الخبز الذي منع عنه فانه يعرض نفسه لاخطار شديدة .

وتنقسم الاطعمة التى تحتوي على البروته ئين الى صنفين — الاطعمة الحيوانية كاللحم والسمك، والاطعمة النباتية التى تحتوي على تلك المادة . وهذه الاطعمة الاخيرة ليست على جانب عظيم من الاهمية لان الخضرات والفواكه التي هى من فئة ال ٥ فى المائة تحتوي على كمية قليلة جدا من البروته ئين وفى الحقيقة ان هده الكمية لايعتد بها لقلتها ويصرف النظر عنها فى الاغراض العملية وان المريض يتقاضى معظم ماله من البروته ئين من اللحم والبيض والجبن ويحصل على نسبة قليلة منه من الحليب . ويجد القارئ جدولا فى الذيل رقم ١ الملحق بهذا الكتاب ادرج فيه بحساب الغرامات مقدار البروته ئين الذي يوجد فى كل ٣٠ غرام من الطعام .

ياخذ الانسان معظم مؤنته من الدهن من الزبدة والقيمر والجبن والبيض واللحوم السمينة .

فبعد ان اوصلنا القارئ الى هذا الحد نستطيع الآن ان نرسم له الخطط التى يسير عليها فى ترتيب الطعام اليومي . لنفرض ان الطبيب اوصى بأخذ المقادير الآتية من المواد الغذائية:

بروته ئين ٦٥ غرام = ٢٦٠ كالوري
هيدرات الكربون ٥٠ « = ٢٠٠ «
دهن ١٣٠ « = ١١٧٠ «
المجموع = ١٦٣٠ «

يجب عند ترتيب الطعام لاجل المصاب بالديابطس ان نسعى لان يكون هذ الترتيب مطابقا للترتيب الغذائي الذي يتمتع به الرجل الصحيح ويجب مهما امكن تقسيم هيدرات الكربون على التساوي بين وجبات الاكل الاساسية التى تؤخذ في النهار واذا نظرنا الى مقادير المواد الغذائية المسموح بها آنفا وجدنا هناك سماح من هيدرات الكربون يساوي ٥٠ غرام وعليه يجب ان يحتوي كل من الفطور والغداء والعشاء على مقدار يتراوح بين ١٠ و ٢٠ غرام من هيدرات الكربون حتى تكون هذه المادة مقسمة بين وجبات الاكل على التساوي تقريبا

لنرتب الآن طعام الفطور (الريوق) . نستطيع هنا ان نأخذ هيدرات الكربون من الطحين ونضيف اليها البيض والسمن اما بشكل زبدة او قيمر وافضل بيان لمائدة الفطور هو ما يلي :

الفطور

نوع الطعام	غرامات من البروته ئين	غرامات من هيدرات الكربون	غرامات من دهن	كالوري
١٥ غرام طحين الشوفان	٣	١٠	١	٦٠
٣٠ غرام زبد (يؤخذ مع العصيدة)	١	١	٩	٦٠
بيضة واحدة	٦	٠	٦	٧٥
٣٠ غرام طماطة (تقلى بالدهن)	١	٢	٠	١٢
١٥ غرام دهن	٠	٠	١٢	١١٠
بسكوتة واحدة(*)	٢	١	٤	٤٥
حليب ٣٠ غرام حليب (فى الشاى او القهوة)	١	١	١	٢٠
المجموع	١٣	١٥	٣٠	٣٨٢

(*) هذه البسكوتة ليست من البسكويت العادي بل من البسكويت المصنوع خصيصا للمصابين بالديابطس وافضل نوع من هذا القبيل (بسكويت هيدوليا) وهو وان كان غير لذيذ الطعم الا انه مفيد من حيث قلة احتوائه على البروته ئين وهيدرات الكربون

ومن المهم وزن طحين الشوفان بالضبط . لان الخطأ الصغير الذي يحدث فى الوزن ربما اضاف الى المدخولات الغذائية مقدارا كبيرا من هيدرات الكربون . ويوزن الطحين وهو جاف ثم تعمل منه العصيدة او الشوربة ويكون حجم الشوربة تابعا لطريقة الطبخ ، ويعطى بسكويت ميدوليا (Midolin) لانه يحتوي على مقدار قليل من هيدرات الكربون والبروته ئين بالنسبة الى الخبز ،

وفي طعام الغداء يحسن اعطاء هيدرات الكربون بشكل برتقال او مخضرات واما البروته ئين فيؤخذ معظمه من اللحم البارد مع شيء من الزبدة والجبن وزيت الزيتون لاتمام محتويات الطعام من الدهن .

والى القاريء نموذج من بيان مائدة الغداء :

الغداء

	البروته ئين	هيدرات الكربون	الدهن	الكالوري
١٢٠ غرام صلاطة معمولة من الخس والطماطة	٢	٤	٠	٢٥
١٥ غرام زيت زيتون	٠	٠	١٤	١٣٥
٦٠ « من لسان البقر	١٢	٠	١٦	٢٠٠
٢ بسكويت ميدوليا (٢٠ غرام)	٤	٣	٧	٩٠
١٥ غرام زبدة	٠		١٢	١١٠
١٥ « جبن	٤	٠	٥	٦٠
١٢٠ غرام برتقال	٢	١٠	٠	٤٤
المجموع	٢٤	٠ ١٧	٢٤	٦٥٤

يمكن اخذ زيت ازيتون مع الصلاطة ويضاف اليهاشيء من الخل لاجل المذاق وتؤكل الصلاطة مع اللسان ثم في الوجبة الثانية يؤكل البسكويت والزبد والجبن ويقوم البرتقال مقام الحلويات.

يتضح من البيانين المذكورين آنفا اننا قد صرفنا عن الفطور والغداء ٣٧ غرام من البروته ئين و٣٢ غرام من

هيدرات الكربون و١٤ غرام من الدهن وقد بقي في ايدينا للعشاء بالنظر الى المقادير التي اوصى بها الطبيب ٢٨ غرام من البروته ئين ، ١٨ غرام من هيدرات الكربون و٤٦ غرام من الدهن .

ندرج فيما يلي بيان العشاء الذي يتكون تقريبا من هذه المقادير :

العشاء

	البروته ئين	هيدرات الكربون	لدهن .	الكالورى
حساء خفيف من مرق الدجاج	٠	٠	٠	٠
٦٠ غرام من لحم غنم مشوي	١٦	٠	١٤	١٩٠
١٥٠ غرام لهانه	٢	٣	٠	٢٠
١٥ غرام زبد	٠	٠	١٢	١١٠
٣٠ غرام سمك (مقلو بالسمن)	٧	٠	٦	٨٠
٣٠ غرام خبز (محمص)	٣	١٦	٠	٨٠
١٥ غرام زبد	٠	٠	٢	١١٠
المجموع	٢٨	١٩	٢٤	٥٩٠

ان هذه القائمة تكفي لتجهيز عشاء ذي ثلاثة الوان معقولة . اما الحساء الخفيف فأنه فعلاً لايحتوي على مواد مغذية ولذلك فلا يدخل في حساب الكالوري ومع هذا فهو يعد اللون الاول من العشاء واما اللون الثاني فهو اللحم واللهانة وان ال ١٥ غرام الاول من الزبد يصرف في طبخ اللهانة . واما السمك والخبز المحمص والزبد فهو اللون الثالث من الطعام . وعند ختام العشاء يجوز شرب القهوة محلات بالساكارين اذا استحسن المريض ذلك .

يلاحظ القاريء اننا لم نترك شيئا من الطعام لما يدعى بشاى العصر الذى اعتاد اهل الغرب على تعاطيه واما عندنا فأن اغلب الناس يرغبون في شرب الشاى بعد الظهر بدون ان يأخذوا معه شيئا من الطعام وهذه عادة تستوجب الثناء ولا بأس في شرب الشاى مع قليل من الحليب بدون السكر طبعاً .

اذا القينا نظرة الى بيانات الاطعمة المدرجة اعلاه اتضح لنا انه من السهل جداً تزيد مقـــدار الدهن اذا اراد الطبيب ان يأخذ المريض منه مقداراً كبيراً واليك بيان ذلك : يمكن اخذ ٣٠ غراماً من القيمر في الفطور بدلا من ١٥ غرام ويمكن ايضاً تزيد مقدار الزبدة اذا لزم ذلك ونفعل نظير هـــذا في طعام الغداء فيؤخذ ٣٠ غراما من الجبن

بدلاً من ١٥ غراماً وان كانت هذه الزيادة في الجبن تؤدي الى زيادة في مقدار البروتهئين وفي العشاء يمكن تزييد الدهن بتزييد مقدار الزبدة.

وهناك نقطة اخرى يجب اعتبارها في هذا الصدد وهى حجم الطعام الذي يؤخذ في كل وجبة . فأن اغلب المصابين بالديابطس لا يكتفون بمقدار قليل من الأكل وان كان ذلك المقدار مطابقا لحساب الكالوري وعليه يجب احياناً تزويد المريض بطعام كبير الحجم قليل الغذاء تطميناً لشهيته ويستوجب هـــذا التبديل بعض المأكولات الصغيرة الحجم بما يعادلها من الأطعمة الغزيرة المادة ولكن بدون ان يكون ذلك مخلاً بالتوازن الغذائي الذي رسمناه ومثلاً يجوز اعطاء محشى من الخيار واللحم بكميات كبيرة على ان يحذف يعادله غذاءً من الجبن والسمك والزبد لتأمين التوازن بين ادخالات البروتهئين وهيدرات الكربون ومما يأسف له ان اكثر الأطعمة التي نأكلها اننا لا نعلم بالضبط محتويات الأطعمة التي نتعاطاها فى بلادنا لا يوجد ترتيب الطبخ عندنا فى حلة ابتدائية جداً وقد جرت بنا العادة ان نأكل كميات كبيرة من اصناف الطعام الذي هو فى الغالب مكون من مواد هيدروكربونية (نشائية وسكرية) وشحوم كمطبوخ التمن واصناف المخضرات والتمر والحلويات ومع ذلك فلا نعلم بالضبط ما تحتوي عليه الكبه مثـــلاً من العناصر الغذائية وربما وفقنا الحظ يوماً من تحليل جميع أصناف الاطعمة التاريخية التى تجهز فى مطابخنا اليوم وعندئذ نستطيع من تحرير رسالة فى الاطعمة تحتوي على كل ما يحتاجه المريض من المعلومات فى هذا الخصوص فنتمكن حينئذ من ان نقول للمريض ان ٣٠ غرام من اليخني مثلاً يحتوي المقدار الفلانى من هيدرات الكربون والبروتهئين والدهن .

واما الآن فالافضل ان نكتفي بما ورد فى هذا الكتاب من الاطعمة ونعتقد انها وافية بالمطلوب وقد اوردنا فى آخر الكتاب ملحقا يتضمن اصناف الاطعمة وما فيها من مقادير العناصر الغذائية بتمكن المريض ان ينوع طعامه استناداً الى ما جاء فيه لئلا يمل من تكرار الطعام الواحد مراراً عديدة فيجد القارئ فى ذلك الجدول المخضرات التى تحتوي على هيدرات الكربون بنسبة خمسة في المائة ولم تذكر منها الا ما وجد فى بلادنا والمخضرات كثيرة جداً وتوجد فى كل فصل من فصول السنة ويمكن تعويض شيء من الخبز بالبطاطا فى نموذج الحمية الذي اوردناه آنفاً

واما من جهة المشروبات الكحولية فلا يجب ان يتعاطاها المريض بدون اذن من الطبيب واذا سمح للمريض بشربها فالافضل شرب الويسكي او الكونياك ولكن بمقادير محدودة وتؤخذ القهوة او الشاى على قـــدر ما يشتهي المريض بشرط ان لا يضاف اليهما من الحليب الا مقداراً قليلاً .ويجوز اخـــذ الحساء سواء كان قد صنع من مرق اللحم او من المخضرات — بدون حدود

ويجب الأعتناء التام فى وزن جميع الاطعمة التى تحتوي على البروتهئين وهيدرات الكربون بكميات كبيرة .واما المخضرات التى تحتوي على هيدرات الكربون بنسبة ٥ فى المائة في اغلب الاحيان لا تؤخذ بمقادير متجاوزة للحدود كثيراً نظراً لاتساع جرمها ولذلك فلا حاجة للاعتناء كثيرا فى وزنها الا اذا كانت الاصابة شديدة .

الفصل الرابع

فحص البول

اذا اراد المصاب بالديابطس ان يشرف حق الأشراف على سير الحمية التى قيد نفسه بها وجب عليه ان يكون مقتدراً على القيام بفحص البول لمعرفة وجود السكر والحامض فيه ومما يوجب الشكر ان تحري هاتين المادتين فى البول من الامور البسيطة جداً يجب ان يقوم به المريض نفسه يومياً على كل حال فى الاسابيع الأولى من المعالجة وربما احتاج المريض الى جمع البول الذي يطرحه فى يوم كامل بأشارة من الطبيب ويحصل هـــذا الاحتياج خاصة فى الاسابيع الاولى . إن ابسط التدابير لجمع البول هو ان يقتني المريض قزازة كبيرة وقمع (راحاتي) من ازجاج ويضعهما فى بيت الماء ثم يطرح فيها ادراره كلما دفعته الحاجة الى ذلك لمدة اربع وعشرين ساعة وتبتدئ هذه المدة من الساعة ٨ زوالية صباحاً الى نفس الساعة من صباح اليوم الثاني واذا انتهت هذه المدة يقوم المريض بكيل البول وافضل طريقة لكيله يلصق المريض شريطاً مدرجاً فى ظاهر القزازة يستدل منه على مجموع البول فى مدة الاربع وعشرين ساعة — وفى كل يوم يفحص البول الذي افرغ فى اليوم الذي قبله وبعد ان يعين مجموع البول يؤخذ منه مقدار كاف للفحص ويرمي الباقي . ويجب غسل القزازة التى يجمع فيها البول غسلاً جيداً وبفواصل قصيرة.

تحرى السكر

ان الذى يحتاجه المريض من الادوات للبحث عن السكر فى البول : نصف دوزينه انابيب اختبـــار زجاجيه طولها نحو ستة عقود وقطرها نصف عقد ؛ مصباح كحولى ؛ قطارة .

الاجزاء اللازمة : محلول (بهنه ديكت) (*) ويمكن الحصول عليه من اى صيدلية كانت

يجري الفحص بموجب التعليمات الآتية :

اسحب شيئاً من البول بواسطة القطارة ثم قطر منه ثماني قطرات فى انبوبة اختبار يجب ان تكون نظيفة .

(*) يتركب هذا المحلول من كبريتات النحاس وليمونات الصوديوم وكربونات الصوديوم

اضف الى هذا المقدار من البول محلول (به نه ديكت) الى ان يبلغ المحلول فى انبوبة الاختبار الى ارتفاع عقد (اينج) واحد .

اغلى هذا المزيج فوق النار وحرك انبوبة الاختبار بلطف وواظب على ذلك دقيقتين من الزمن ولا توجه فم الانبوبة نحوك لأن المزيج وهو فى حالة الغليان ربما تدفق من الانبوبة فجأة .

اذا كان البول خال من السكر فأن المحلول يبقى رائقاً ازرق اللون واذا كان فيه شئ من السكر فسوف يتغير لونه وهذا التغير يختلف بحسب مقدار السكر الموجود فى البول . فأذا كان مقدار السكر قليلاً صار السائل اخضر كدراً واذا ركد بضع دقائق رسب منه فى قعر الانبوبة مقدار من مادة صفراء ضاربة الى الحمرة . واذا كان البول محتوي على مقدار متوسط من السكر فأن السائل يكون اصغر اللون كدراً واذا ركد رسبت منه مادة غزيرة . واذا كان مقدار السكر كبيراً جداً اصبح السائل كدراً احمر اللون كالقرميد او الطابوق الاحمر وهكذا كلما زاد مقدار السكر في البول زادت سرعة تلونه بلون اصفر او احمر تحرى الحامض .

الادوات اللازمة : انابيب اختبار كالتي ذكرناها في تحرى السكر

الاجزاء اللازمة : شراب بركلورور الحديد

وطريقة العمل هى ان تضع في انبوبة الاختبار من البول ما يبلغ ارتفاع عقد (انج) واحد ثم اضف اليه بعض قطرات من شراب بركلورور الحديد دفعة واحدة فأذا فعلت ذلك فأن البول يتعكر حالاً واستمر على اضافة الشراب المذكور الى ان يتساوى مقدار الشراب بمقدار البول في انبوبة التجربة فأذا كان الحامض معدوما سوف يكون المزيج اصفر اللون واذا كان الحامض موجوداً فأن لون المزيج يصبح مماثلاً للون النبيذ الاحمر .

ومما يجب الانتباه اليه هو ان المريض اذا كان قد استعمل الاسبرين او ما يماثله من العقاقير كالانتبرين او الساليسلات ربما تلون البول بلون بنفسجي او ازرق ضارب الى الحمرة ربما حسبه الانسان ناشئاً عن وجود الحامض .

ومن الضروري للمريض ان يتعود على اجراء هذين التحليلين بوجه التمام و يجب عليه ان يجريهما امام طبيبه الخاص مرة او مرتين على الاقل قبل ان يعتمد على النتائج التي حصل عليها هو بنفسه . و يجب تحرير جميع نتائج التحليل في دفتر خاص مع بيان تاريخ التحليل ومقدار البول في اربع وعشرين ساعة و يمكن تلخيص المعلومات عن البول والطعام في صحيفة واحدة كما يلي :

المجلة الطبية البغدادية

THE BAGHDAD MEDICAL REVIEW

مجلة الجمعية الطبية البغدادية

مديرها		رئيس تحريرها
الدكتور صائب شوكت	السنة ٣	الدكتور هاشم الوتري
	العدد ٥	
تموز سنة ١٩٢٨		محرم الحرام سنة ١٣٤٧

الاشتراك السنوي ٥ ربيات — ثمن النسخة ١٢ آنة

المراجعة في جميع ما يخص المجلة تكون باسم الدكتور هاشم الوتري في المستشفى الملكي في بغداد

بغداد * مطبعة العراق

محتويات العدد الخامس من السنة الثالثة

المقالات الاساسية

الدكتور نظام الدين	الآداب والواجبات الطبية ص ١١٩
« داناوب	التدرن الرئوي ص ١٢٥
« توفيق رشدي	الانكيلوستوميازيس ص ١٣٨
« افلاطون	علم الطب وهداية الطبيب ص ١٤٨
« هيكس	الاحوال الصحية في الحدود العراقية التركية ص ١٥٠

الشؤون

المرحوم عزت بك الجراح

المستشفى الملكي

الدكتور جورج حيقاري — القسم المادوراوية ص ١٥٨

المدرسة الطبية العراقية

دورة الربيع ١٩٢٨ ص ١٦٠

الجمعية الطبية البغدادية

اعمال الجمعية خلال ثلاثة اشهر ص ١٦٤

مصلحة الصحة العراقية

سير الطاعون في العاصمة في خلال ستة اشهر اعتباراً من مبدأ نشوبه في كانون الثاني ١٩٢٨ الى شهر حزيران ١٩٢١ ص ١٦٥

المجلة الطبية البغدادية
THE BAGHDAD MEDICAL REVIEW

العدد الخامس — السنة الثالثة

الآداب والواجبات الطبية (*)

الدكتور نظام الدين

اخواني الكرام

اود ان اعرض على حضراتكم بعض الشرح والتفسير للآداب والواجبات الطبية التى جعلتها عنوان معروضاتي وانا مطلع بكل اتقان على ما انتم عليه من المكتسبات الواسعة في العلم والادب ، ولذلك فان لي الاطمئنان التام بان جرأتي هذه ستكون مظهراً لعفوكم .

يوجد آداب متبعة فيما بيننا نحن الاطباء او بين الاطباء والمرضى الذين يراجعونهم او اقرباء المرضى . وان رعاية وتطبيق هذه الآداب تعلي فيما بيننا قدر مسلكنا الجليل كما انها تزيد في انظار العامة مكانة وعلو مركز الطبابة التي هي دائماً محترمة ومظهر لاعز العناوين . وعكس ذلك ينتج العكس . ولذلك فانني اود ان اعرض في بادئ الامر نبذة من الآداب المرعية المندمجة في هذا الاصل .

ان مسارعتنا الى بيت المرضى الذين دعونا الى مداواتهم بالسرعة والمرتبة التى هي في داخل امكاننا ، نهارا وحتى في ساعات الليل المتأخرة ومهما كانت شدائد الايام ذلك مما يسر المرضى وعائلاتهم . وهذه المسارعة تؤثر على معنويات المرضى بصورة حسنة

ان من ادق تطبيقات الآدات الطبية هو : ملاقات المريض ببشاشة وابتهاج وادخال الفرح الى قلبه بالكلمات الرقيقة المبهجة بالنظر الى مرتبة فهمه وادراكه ووضعيته الاجتماعية ، وسنه ، وجنسه . والعكس بالعكس ايضاً .

(*) محاضرة القيت في الجمعية الطبية البغدادية في اجتماع مارت ١٩٢٨)

لأن المعاملة الخشنة وعدم المبالات وخاصة التفوه بالفاظ جافة خالية من روح الآداب والمعنى الفنى ، ذلك يترك انطباعات سيئة في نفس المريض الذكي وفي نفوس افراد العائلات الفهيمة ذوي الحيثية . ويولد فيهم سوء فكر ونظر نحو الطبيب وعدم دعوته مرة ثانية منذ تلك اللحظة وهذا شق مهم لآدابنا .

يبدأ الطبيب معاينة المريض باستجواب المريض وعند الاقتضاء يستجوب من يراهم لائقين من افراد العائلة بطريق الاختصار وبدون ان يزعجهم ذلك . ثم يطلب بلطف من الاشخاص الذين يمكن ان يكونوا مانعا لطرز المعاينة ، ان يتفرقوا ، ويترك واحدا او اكثر منهم في جانب المريض يكون وجودهم لازما ، وبعد ذلك يجرد المريض من ملابسه على قدر الامكان . ويبدأ بالمعاينة .

يجب ان تكون المعاينة عارية عن ازعاج المريض وان تكون مهما امكن سبباً لتجديد شكاياته . ومع ذلك يجب ان تكون المعاينة طبقا للاوامر والوصايا السريرية ، وان تكون ساحتها واسعة تشمل كل عضو وجهاز واحد بعد الاخر . وان تطبق الوسائط الاستقصائية والتفتيشية كلها بصورة عاجلة ولكن بصور مكملة .

وفي نتيجة التدقيقات الاولية النهائية يكون قد شخص المرض بصورة قطعية وان لم يكن كذلك في بعض الاحوال فعلى الاقل يكون التشخيص قريبا من القطعية . وعند ذلك فان الطبيب الذي كان امينا ومطمئنا من وثوق التشخيص وسلامته ، يحسن به أن يفشي بالمرض الذي ظهر بنتيجة تشخيصه ، الى فرد عاقل ، مدرك ، من افراد العائلة . ونظرا لهذه القاعدة فان افشاء المرض بهذه الكيفية امر يجب ايفاؤه . لان الطبيب يكون بذلك قد ادى واكمل وظيفته الثمينة التي حملت عليه والتى هى عبارة عن التحرى عن العدو المهاجم على المريض ومعرفة اسبابه . والعمل بموجب ذلك انما هو تمسك حسن باداء تلك الوظيفة .

اخوانى المحترمين !

بهذه المناسبة اود ان اعرض عليكم ملاحظة . وهى اننا نرى . مع كل امتنان . ان اخوانى الكرام يحافظون على هذا الوثوق في التشخيص الى آخر مايصل اليه جهدهم فى ازالة المرض . ولكننا نشاهد فى بعض الاحيان ان التشخيص الابتدائى . بالنظر الى وضعيته . يتلون كتلون الحرباء . وهذا التشخيص المتلون (بصرف النظر عن الاختلاطات) هو خال عن اية قيمة علمية وعار عن مطابقة الآداب الطبية .

سوف لااطيل الكلام بشأن الآداب التي تسير المداواة بموجبها .

كلنا متحدون فى الرأي . بأن المداواة يجب ان تكون مطابقة تماماً للتشخيص ، الذي يجب ان يكون محققاً وخاصة ان يكون ثابتاً مهما امكن . ان الترتيبات الدوائية تكون منوطة الى راى واجتهاد الطبيب المداوى (على شرط ان لاتكون منافية الى علم المداواة) ومن المسلم أن التبدلات التي تطرأ على الترتيبات الدوائية تكون

طبعا تابعة الى سير المرض والى الاحوال والظروف التي يترصدها ويعقبها الطبيب . ومع ذلك فان من مقتضيات مراعاة جميع ادابنا الطبية ، ان لاتكون هذه التبديلات على كل حال ، متباعدة عن التشخيص الذى جعل اساساً للمداواة .

نكتفى بهذا القدر من البحث عن الآداب الطبية ونأتى الآن الى ذكر زمرة الاحكام المرعية التي يجب السير عليها فى تطبيقاتنا الطبية :

١ — ان الطبيب الذي دعى لأول مرة الى عيادة مريض ، اذا اخبروه صراحة او انه احس ضمنا بان خدماته الطبية قد انتهت ، فان من الضروري آدابا ان يترك هذه الخدمة اعتبارا من ذلك الحين . واذا دعى مرة ثانية ، بعد زمن قصير او طويل لعيادة ذلك المريض نفسه فان اجابة هذه الدعوة تكون منوطة الى تقدير ذلك الطبيب ووجدانه ، والطبيب الذي كان امينا بوثوق وسلامة خدمته السابقة ولكنه كان قد اعفى منها بصورة فضولية ، فان استئناف مداواة ذلك المريض نفسه ، مما يجدر بالملاحظة بداعى الشرف . وحتى انه يجب التسليم بحقه في رد الدعوة الجديدة بصورة لطف ورقة وبتقديم احد الاعذار .

ومع ذلك فان لهذا التحوط عدة مستثنيات :

من واجب المروءة الاسراع من جديد الى تسكين اضطرابات المريض على تقدير انه محتاج للخدمة .

فاذا كان الاعتماد الذي تأسس وتبودل بين الطبيب وبين المريض وعائلته قد ابتني على اسس قوية فان عدم رده الدعوة الجديدة يعد واجبا طبيا لازم الامتثال .

اخوانى الكرام ! وبهذه المناسبه ايضا ساعدونى ان اعرض عليكم قصة لطيفة : جاءنى رئيس احد العائلات المحترمة التى اقدرها جدا وهو رجل فاضل وذكر لى ان احد اقرباء هذه العائلة قد مرض وقد دعى الى مداواته طبيب آخر وان هذه الدعوة لم تصادف لديه القبول لان المسئلة هى (مسئلة حياة)

اما العاجز فعرضت عليه بالمقابلة وبطور مؤنس ان لدى الاطباء (مسئلة شرف) : قابل (مسئلة حياة) كهذه فكانت مدافعتى هذه مظهرا لقبول ذلك الرجل الفاضل .

ان اهم جهة يجب امتثالها من واجباتنا الطبية هى الاحكام التى تتبعها (المشاورات الطبية) .

وكما لايخفى على فضائلكم ان (للاستشارات الطبية) مصدرين الاول ان المريض او عائلته كثيرا ما يرغبون في كل زمان وحتى فى كل يوم ان تكون معاينة المريض ومداواته من قبل عدة اطباء في آن واحد . وهم مخيرون في رغبتهم هذه ويجب على الطبيب المداوي ان يذعن الى هذه الرغبة وحتى ان هذا الاذعان ضروري . الثانى : ان يكون الطبيب المداوى هو الذى يكلف المشاورة الطبية وهذا التكليف يحصل في بادئ الامر من تردد يحصل عنده في تشخيص المرض اوتفاقم الحالة وخطورة الانذار وكلا هذين المصدرين مادى وقد ينضم اليهما في بعض الاحيان موجب معنوى ايضاً .

الطبيب المداوى المذعن الى رغبات المريض وعائلته عند ما يحس بعدم الاعتماد الذي يربيه المريض او عائلته نحو التشخيص ، ويطلع على التذمر الذي يظهرونه لاعتقادهم ان المداواة سوف تكون عارية من التأثير المفيد ففي هذه اللحظة يجب على ذلك الطبيب ان يشمر ساعده الى المشاورة الطبية قبل ان يزول الاعتماد تماماً . اما الاطباء الذين سيدعون الى المشاورة فيكون انتخابهم تارة من قبل العائلة وتارة يترك انتخابهم الى الطبيب المداوي وان اعطاء الحق الى العائلة في انتخاب الأطباء افضل من حيث المصلحة والنزاكة لانه يؤمن اعتمادها على الاراء الطبية التى سيدلى بها اولئك الأطباء .

اما انتخاب اطباء المشاورة من قبل طبيب العائلة فهذا يحدث عند ما يكون طبيب العائلة قد حاز ثقة واعتماد العائلة منذ زمان بعيد (كما يحدث في غالب الاحيان) وبهذه الكيفية تترك العائلة الانتخاب الى رأى الطبيب الأخرى .

وسواء كان الانتخاب بالصورة الاولى او بالصورة الثانية فمن البديهي ان يكون اختصاص الاطباء الذين يدعون الى المشاورة متناسباً مع ذات الصلحة . فلاجل الامراض الداخلية ينتخب بالطبع الأطباء الذين لهم توغل فى السريريات الداخلية وحتى انه لدى البحث عن مثل هؤلاء الاطباء يجب ان ينتخب منهم من كان مشهوراً باختصاصه نظراً الى الماهية السريرية للمرض ، فمثلا فى امراض القلب يبحث طبعاً عن الذوات الذين مارسوها طول عمرهم وتراعى هذه القاعدة فى حق امراض الاجهزة الأخرى .

عرضت آنفاً انه يجب ان يكون راى العائلة مرجحاً فى الانتخاب . ولكن مع ذلك فان من منفعة العائلة ومن مصلحتها قبول وترجيح الاطباء الذين ينتخبهم الطبيب نظراً لاطلاعه ، حسب مسلكه ، على ارباب الاختصاص .

اما الحق الأدبي فى اعطاء المعلومات الى الأطباء المنتخبين فهو عائد الى الطبيب المداوي . ونظراً الى اهمية ومستعجلية المصلحة فان طبيب العائلة هو المختار فى تعيين يوم المشاورة وحتى انه مضطر الى ذلك فى بعض الحوادث ولكن تعيين ساعة المشاورة فى ذلك اليوم يودع الى الاطباء المشاورين على كل حال . فاذا كان الامر يقتضى العجلة فيجب ان يكتب على طرف التذكرة التي ترسل الى الاطباء كلمة Urgent بخط جلى . وحينما يقرأ الاطباء المشاورون هذه الكلمة يلبون الدعوة بالسرعة اللازمة .

ومن الوجائب الادبية ان تكون التذاكر التى ترسل الى المشاورين مكتوبة ومرتبة باسلوب ظريف . وان تتضمن الرجاء فى خاتمتها على كل حال . وفى اليوم المعين يجب على كل حال ان يحضر الطبيب المداوى قبل الساعة التي عينها المشاورون بقليل وان يكون فى جانب المريض منتظراً حضور المشاورين . ان حضور المشاورين قبل الساعة المعينة بقليل وان كان لا يحتوي على معنى على كل حال . الا ان تأخرهم ولو قليلاً عن تلك الساعة وحتي تسامحهم فى السرعة فى السير ، وترك الهيئة الطبية المحترمة فى انتظارهم ، ذلك يعد من التماهل الذى لا يمكن الأعفاء عنه كثيراً .

بعد ان تجتمع الهيئة يبدا الطبيب المداوى بالكلام : فيبين اعتيادات المريض ، واحواله المرضية السابقة ، وتكون مرضه ، وسند روماته باسلوب علمي جلى ، وبعد ان يشرح التشخيص الذي وضعه بنفسه ، يقدم امام انظار الاطباء المشاورين كل ما جمعه من الوثائق التي تخص الاستكشافات التشخيصة . ان هذه التمهيدات التى يقدمها الطبيب المداوى هى عبارة عن استطلاعاته الذاتية محضاً . وبناء عليه فان من الوجائب العلمية ان يصغى الاطباء المشاورون الى هذه الاستطلاعات حتي ختامها وبعد ان ينتهي الطبيب المداوي من هذه المعروضات يسكت عن الكلام ويعقب معاينة الاطباء المشاورين ، بعين البصيرة والاهتمام . وهذا السكوت الادبي يزيد فى نظر الهيئة ، فى قدر الطبيب المداوي نحو ذاته ومراعاته للاداب الطبية .

يترك المشاورون المعاينة ، فى بادي الامر ، الى من هو اكبرهم سناً وحرمة ومن هو حائز لاسم وعنوان ، موضعاً واختصاصاً . وبعد ذلك يقوم بالمعاينة المشاورون الآخرون ، وهكذا تنتهي المشاورة . فتجتمع الهيئة فى غرفة اخرى غير الغرفة التى فيها المريض ويجب حضور الطبيب المداوى ايضاً فى هذا الاجتماع . اما حضور واحد او اثنين من افراد العائلة ممن هم على جانب من الفهم والادارك . فان المسئلة فيها خلاف . فان بعض المشاورون يرجحون ان تبقي الهيئة لوحدها . اما العاجز فلا ارى محذوراً فى حضور واحد او اثنين من افراد العائلة يكونون حائزين على الاوصاف اللازمة .

وفى هذه الأثناء تبتدى المناقشة بين المشاورين . فيستوضح من الطبيب المداوي فى اثناء المناقشة على حسب ما تقتضيه الحال ، وتطالع وتدقق وثائق الاستكشافات فيكون تعاطى الاراء بين المشاورين . وليس للطبيب المداوى من حين بدء المناقشة الى نهايتها صلاحية المداخلة فى طرز جريان المناقشة ، ماعدا الاجوبة التي يجيب بها عند الاستيضاح منه لانه كان قد عرض ، فى بادئ الامر تتبعاته فى التشخيص والوثائق التي جمعها ، على رفقائه المشاورين ، فاذا كان هو مطمئنا من وثوق وسلامة هذه المعروضات فمن المستحسن ان يستمع المناقشة بأدب وسكون .

وعندما تبين الهيئة المشاورة آراءها ، فاذا كان التشخيص لم يتقرر باتفاق الهيئة بأجمعها فيكون التزام جهة الأكثرية امراً طبيعيا . واذا اقتضى اجراء بعض الاستكشافات التشخيصة من جديد والحصول على وثائق اخرى غير الي وجدت اولا ؛ فان هذه الجهة تبلغ الى الطبيب المداوي وبعد ذلك يباشر فى ترتيب المداواة . وبعد تعاطى الآراء فى المداواة وتقرر النتيجة فان من العادات اللائقة ترك كتابة الوصفات الطبية الى الطبيب المداوى . وبعد ذلك يجب على الطبيب المداوى ان يكتب الوصفات ضمن القرار المتخذ وفى حضور هيئة المشاورة على كل حال فيقرأ مندرجاتها امام الهيئة جهرا ويكرر قراءتها عند الاقتضاء وبعد ان تقف الهيئة على ان كتابة الوصفات كانت فى

ضمن دائرة القرار ، يسلم الطبيب المداوى تلك الوصفات الى أكبر ابناء الهيئة موضعا واكثرهم احتراماليوقع عليها ثم يقدمها الى رفقائه الاخرين للتوقيع عليها . ويوقع عليها هو فى النهاية . وهكذا تنتهي المشاورة .

والان نأتي الى مسئلة مهمة اخرى: وهى مسئلة الانذار . ان عائلة المريض كما انها تريد الاطلاع على التشخيص، **فكذلك** تبرز الاهتمام لمعرفة الانذار . وحقهم فى ذلك ظاهر ومسلم ان الهيئة المشاورة كما انها تنظر فى التشخيص **فكذلك** يجب ان تمعن فى الانذار . فيبين المشاورون قيمة الانذار الى الطبيب المداوي بحسب آرائهم . واذا كان قد حضر فى المشاورة واحد او اثنان من افراد العائلة الفهيمين المدركين ، فيطلع هؤلاء كذلك على الانذار وهكذا تظهر مسئلة الانذار بجلاء باتفاق الهيئة .

ولكن يشاهد في بعض الأحيان وقوع بعض (احوال غريبة) بعد المشاورة . وهذه الاحوال تضع الاطبــاء المشاورين والطبيب المداوى في موقف حرج ، وذلك ان البعض من افراد عائلة المريض او احبائه يستجوبون الاطباء الذين خرجوا من المشاورة كلا على انفراده . ويحاولون معرفة حقيقة التشخيص ، وقيمة الانذار .

اظن ان حضرات الاخوان الذين يراعون الواجبات والاداب الطبية بحسب المسلك لايرون بأسا في بيان القرار المعطى لدي الهيئة المشاورة ، الى واحد او اثنين من عائلة المريض فقط دون غيرهم طبقا لقاعدة الكتمــان المرعى حكامها في مسلك الطبابة الجليل . ولكن يجب ان يكون هذا البيان خاليا من شائبة التضـاد مهما كانت ، على الاطلاق وان رعاية هذه القاعدة الجوهرية هي روح واجباتنا الطبية وفي هذا التحوط يندمج شرف ومكانة الطبابة

ولكن الزمان والمكان يريننا فى بعض الاحيان ظهور حركات منافية لهذه الوجيبة الطبية . مثلا شاب مصـاب بالحمى التيفوئيدية وقد استقرت فى رئتيه ركودة دموية ولما كانت هذه الركودة هى احد اختلاطات المرض وقد تحقق ذلك لدى الاطباء فان مما ينافى الواجبات الطبية القول الى العائلة ، بعـد ختــام المشاورة ، ان هذا هو ذات الرئة مستقلاً .

مثال آخر : ولد صغير يشكو من معدته وامعائه فى اكثر الاوقات بسبب سوء الهضم وقد يصاب ذلك المريض الصغير بحمى هى نتيجة التسمم الدموي Toxiemie الذي حدث من تخمر المواد والفضلات فى الامعاء . وبعد ان يفهم ذلك ويظهر للعيـان فان القول بان هذه الحمى هى (ملاريا) بدون استناد الى اى فحص باكتريولوجى ، نعده تحركا ضد الواجبات . وهلم جرا .

اخوانى الكرام : لاأشك في ان لـكم **الوقوف التام** على كل ما اوردته مـن المطالعات امامكم . فيما **يخص** الواجبات والآداب الـطبية . وانما كانت غايتى من سرد هذه المطالبات ايقاظ اهتمامكم والفات نظركم الى ان مسلك الطبابة الجليل لايساعد على مثل هذه المعامـلات التي تدل على التهامل والى انها منافية للوجائب الطبية .

واود ان ابحث بايجاز عـن مسئلة هى بمقام متمم للواجبات الطبية ، وخاتمة لمعروضاتى هذه . وهى ان بعض المرضى او افراد عائلته يرغبون . بعد المشاورة الطبية في ان يستبدلوا الطبيب المداوى لاى امل اوسبب كان بأحـد الأطبـاء الذين كانوا حاضرين في المشاورة ، ومثل هذا التكليف . **مخالف** لحقوق الطبيب المداوى على كل حال وفى كل صفة . وان المشاورة الثانية تـكون **مقبولة بعد موافقة طبيب العائلة وتكليفه من جديد . ان** المعذرة القويه الحادثة للطبيب المداوى ، ونزاكة ومستعجلية المصلحة ، قد يكونان من الأسباب التي تجعل طبيب المشاورة الذى دعى مضطراً بحسب الوجدان والمسلك ، الى اجابـة مثل هذه الدعوة المستعجلة . ولكن مع ذلك فلأجل الظهور بمراعاة الواجبـات الطبية تماما . فان المتوسلين بالآداب الطبية يلتزمون اخبار الطبيب المداوى الأصلى عن هذه **الدعوة اخيراً بلطف ورقة وتطبيب للخاطر .**

التدرن الرئوي (*)

الدكتور دانلوب

حضرة الرئس وحضرات الاعضاء: لاحاجة الى طلب المعذرة على انتخابي موضوع التدرن الرئوي البحث فيه في هذه الجمعية لانه موضوع في الدرجة الاولى من الاهمية لنا جميعاً . ويكاد لايمر يوم الاونحن نجابه صعوبة الجزم في **هل كان المريض مصابا بالتدرن الرئوي المبكر** ام لا . واما اذا تعاظم شر المرض واتسع نطاقه في الجسم فليس من الصعب **تشخيصه ولذلك سوف احصر بحثي** في حالات المرض المبكرة

اريد قبل كل شئ ان ابحث عن طرائق التشخيص هنالك خمسة طرق يجب سلوكها عند البحث في حالة مشتبه فيها وهى :

١ تاريخ الاعراض التى انتبه اليها المريض

٢ العلامات المرئية واعنى بها الحقائق التي يهتدي الى معرفتها الطبيب كالحمى وتسرع القلب وضياع وزن البدن وغيرها من الدلائل المنظورة التى تعزز اقوال المـريض .

٣ . العلامات المادية التى تكتشف بفحص الصدر

٤ **فحص البصاق**

٥ تجربات خاصة كالبحث بأشعة (X) وتفاعل **التوبركولين .**

ومن الواضح ان تشخيص المرض في ادواره الاخيرة ربما امكن بمعاينة قصيرة تجرى باتباع واحدة او اثنين من هذه الطرائق وامـا تشخيصه في ادواره المبكرة فيستلزم اجراء البحث باستخدام تلك الطرائق جميعهـا ولا يمكن اصدار حكم قاطع قبل القيام بذلك .

(*) المحاضرة التي القاها الدكتور دنلوب في اجتماع كانون الثاني ١٩٢٨ للجمعية الطبية البغدادية

ان الدليل الذى يحصل عليه من كل من هذه الطرائق يعزز قاعدة التشخيص في الحالات المثبتة . ومع ذلك فاذا كان واحد او اكثر منها لا يشير الى وجود المرض يجب تحرى الدليل في الطرائق الاخرى بدقة زائدة . ومن البديهي ان فحص البصاق اذا اسفر عن نتيجة موجبة فقد انتهى معه وضع التشخيص واما اذا ظهر فحص البصاق سالب النتيجة في المعاينات المتكررة فيجب حينئذ التيقظ جدا في اصدار الحكم ويجب ان نحاول تفسير العلامات والاعراض في اتجاه آخر

اريد ان اقول كلمة عن تقدير وسعة المرض ودرجة نشاطه قبل ان ادخل في تفصيل هذه الطرائق الخمس التي يجري عليها الفحص . لا يجب ان يتضمن التشخيص معرفة المرض فقط بل يجب ان يشمل تعيين وسعته ودرجة فعاليته .

يمكن الحكم على وسعة التدرن الرئوي بثلاث من طرائق البحث نذكرها فيما يلي مقدمين الاهم على المهم

(١) العلامات المادية او الطبيعية

(٢) الفحص باشعة ايكس

(٣) تاريخ المريض ومظاهره

يجب ان نستخدم هذه الطرائق الثلاث جميعها .

(١) ان وسعة العلامات المادية غير العادية هي افضل دليل يهتدي به في هذا الصدد ولكنه ربما فقد شيئاً من اعتباره للاسباب الآتية .

(آ) اذا كان المرض غائرا فان العلامات المادية تكون قلية او لا توجد بالمرة نظرا لأختفاء الاقسام المؤوفة بالأقسام الرئوية الصحيحة ، بينما ان الآفة اذا كانت مستقرة فى سطوح الرئة فانها تظهر بعلامات صريحة جدا ولو كانت تلك الآفة صغيرة في حد ذاتها .

(ب) اذا كان المرض متناظرا ربما تعذر الاهتداء الى المرض في الرئة القليلة الاصابة لان ليس هناك رئة صحيحة يمكن اجراء المقارنة معها . وينطبق هذا خاصة على ضعف الاصوات القرعية وتزايد الاهتزاز الصوتي .

(ج) ان الاصابة بالانفيزيما (انتفاخ الصدر) او ثخن الجدر الصدرية مما يخمد بعض الاعراض ويطمس آثارها وهي لو لم تكن على هذه الصورة لكانت دليلا على المرض

(٢) ليس للبحث باشعة ايكس فائدة في تعيين وسعة المرض لأن هذه الاشعة تصور لنا آفة هي اوسع نطاقا مما تشير اليه العلامات المادية وهي كثيرا ما تكشف عن آفات عميقة . لا يمكن الوصول الى معرفتها بالسماعة

ومن جهة اخرى فان الاشعة لا تصور البقع الدرنية وحدها بل انها ترسم ايضا النسيج المحيط بها من الذي قد تمت فيه تفاعلات المرض وبعبارة اخرى ان الرئة التي تقع فى نسيجها تفاعلات مفيدة واضحة ربما ظهرت بالاشعة اشد اصابة بالمرض من تلك الرئة التى تكون فيها تلك التفاعلات قليلة او معدومة فى حين ان المواد الدرنية فيها اكثر فى الحقيقة مما هي فى تلك الرئة وبالنتيجة هي اشد انذارا بالخطر

(٣) يمكن استخراج شيء يدل على وسعة المرض من تاريخ المرض ومظاهره فاذا ظهر ان المريض كان معتل

الصحة منذ زمن بعيد فان هذا يشير الى وجود مرض متسع النطاق حتى لو كانت العلامات المادية قليلة ، بينما ان صلاح الاحوال العمومية مع فقدان قصر النفس ينفي كون المرض قد قطع مراحل بعيدة حتى فيما لو وجدت علامات كثيرة الانتشار

ولنشاط المرض اهمية تفوق اهمية اتساعه حيث ان النشاط يدل على ان المرض آخذ فى التقدم . ويمكن تقدير نشاط المرض وفعاليته بالطرق الآتية :

(آ) التاريخ

(ب) الهيئة والدليل المنظور

(ج) العلامات المادية

(د) فحص النفث

(ر) الفحص باشعة ايكس

(١) تاريخ اشتداد الاعراض . هو دليل يعول عليه لمعرفة مقدار نشاط المرض ومع ذلك فان البعض من المرضى معتادون على المبالغة فى وصف الاعراض ولذلك يجب ضبط اقوالهم فى حدودها الصحيحة بالبحث فى الطرائق الاخرى .

(ب) الهيئة والدليل المنظور . وهي تسرع القلب وتورد الوجنتين مع الفقر الدموي وضياع مطرد فى وزن الجسم وتشير هيئة الجسم هذه الى نشاط المرض واذا احسن ضبط الحرارة وتسجيلها فانها خير دليل على فعالية المرض وخاصة اذا سجل مفعول المجهودات البدنية فيها .

(ج) العلامات المادية . تختلف قيمة هذه العلامات فى تقدير النشاط الذى يبدو من المرض فاذا شوهد بالفحص المتوالى ان هذه العلامات آخذة فى التزايد فانها تشير الى فعالية المرض اذا كانت من النوع الذى يدل على وجود الافرازات والتصلبات الجديدة وخراب الانسجة الرئوية .

(د) ان وجود باشلسات التدرن في النفث في باكورة اعمال المرض يدل على مقدار من النشاط الا ان عدد تلك الباشلسات لا يدل على خطورة المرض وكثيراً ما وجد اعظم عدد منه في الحالات المزمنة القليلة النشاط بينما انه كان لا يوجد الا بعد فحص عدة ساحات تحت المجهر في كثير من حالات التهاب القصبات والرئة التدرني اذا وجدت في البصاق اكداس يتألف كل منها من ٢٠ الى بضع مآت من الباشلس فانها تشير الى درجة من فعالية المرض احط بكثير مما هي فيما لو كانت الباشلسات منفردة او مجتمعة ثلاث ثلاث او اربع اربع .

(ر) الفحص باشعة ايكس . لا تنفع هذه الاشعة كثيراً في تعيين فعالية المرض . تظهر المناطق المتكلسة او المتجبنة او المتليفة في الصور الشعاعية كظلال واضحة الحدود مختلفة الكثافة في حين ان الآفات الرئوية في مبدأ المرض لها ظل مشوش الحدود ولذلك فأن الظل كلما كان واضح الحدود زاد معه الاحتمال بكونه مشيراً الى آفة قديمة هادئة او مندملة واذا زادت التشوهات في التصاوير المتوالية فانها تدل على نشاط المرض .

لنرجع الآن الى خطوط المعاينة الخمسة التى ذكرناها في صدر البحث ؛ واريد اولاً ان اتناول البحث عن تاريخ الاعراض التى ينتبه اليها المريض .

يجب البحث عن تاريخ هذه الاعراض بقصد الوقوف على اى علة ربما كانت مظهراً صغيراً من مظاهر المرض كذات الجنب او حملات حموية متكررة الوقوع قد ظن الباحث في وقتها انها اصابات بالانفلوآنزا او نفث دموى طفيف . ويجب ايضاً التنقيب عن تاريخ العائلة لتعيين ما اذا كان هناك استعداد عائلى للمريض او هل كان المريض قد عرض نفسه للعدوى . ومما يستحق الالتفات ان اتصال العدوى من الزوج الى الزوجة او بالعكس ، من النوادر على مايظهر .

ندوج فيما يلى اعراض التدرن الرئوي المألوفة ثم نشرع بعدئذ في بسط كل منها على حدة بالنظر الى اصابة من المرض وهى فى ادوارها المبكرة .

واشهر تلك الاعراض واهمها هى .

(١) السعال .
(٢) النفث او التقشع
(٣) النفث الدموى
(٤) ذات الجنب
(٥) عسر النفس والتزرق
(٦) ضياع وزن البدن
(٧) تسرع القلب والخفقان
(٨) التعرق وخاصة في الليل
(٩) الفتور وفقد الشهية للطعام والأضطراب المعدوي
(١٠) انقطاع الطمث في الفتيات الحديثات السن

(١) السعال . من المهم تعيين مدة السعال . وان السعال اذا استمر اكثر من اسبوعين في شاب بالغ وكان مائلاً الى الازدياد فمن الممكن وحتى من المحتمل ان يكون درني المنشأ اذا لم يوجد له سبب في البلعوم او القناة الانفية البلعومية .

ان الالتهاب الشعبي المزمن (البرونشيت المزمن) في المرضى الطاعنين في السن هو سبب السعال المستديم لاسيا اذا كان غير متأثر من احوال الجو .

يعد السعال من اعم اعراض التدرن واسبقها ظهوراً ولكن يجب ان لايبرح عن الذهن انه ربما كان معدوماً في ظروف نادرة او ربما كان طفيفاً جداً حتى في الحالات التي قد قطع فيها المرض اشواطاً بعيدة .

اذا كان السعال مسبباً للقيئ وكان القيئ باعثاً لتخفيفه فانه يشير الى وجود التدرن الرئوى او ضخامة العقدات في المنصف الصدرى .

(٢) النفث او التقشع . تنعت القشعات الدرنية بسم القشعات الدرهمية وهى كتلات مخاطية قيحيـــه ينفثهـا المريض فتنبسط في الوعاء على هيئة قطع النقود وتوجد هذه القشعات عند تقدم المرض وتكون الكهوف فى الرئة .

واما فى الاصابات الجديدة فربما انعدمت هـذه القشعات في بادئ الامر واخيراً تظهر وكأنها خطوط من

الصديد فى كتلة من المخاط وتكون هذه الكتلة مخضبة او مخططة بالدم .

(٣) نفث الدم . يعتبر نفث الدم مـن اهم اعراض التدرن الرئوي ومن الصعب ان يحدث بدون ان ينتبـه اليه المريض وهو يبعث عادة الى المريض خوفاً كافياً لحثه على طلب المشورة الطبية اذا لم يكن الى ذلك الوقت قد انتبه الى الاعراض الاخرى .

وربما كان بالفعل العرض الاول ومن المحتمل الدليل الوحيد على المرض على انه فى حد ذاته من الاعراض المشخصة للمرض فعلا ولذلك من المهم جداً الجزم في هل كان خروج الدم مع السعال نفثاً دموياً حقيقياً . يراد بالنفث الدموى « اخراج الدم من نقطة دامية في الرئتين او في القصبة الهوائية والمسالك الهوائية التي تليها » وبالنظر الى هذا التعريف فلا يمكن اعتبار الدم الذى يخرج من الانف او اللثة او البلعوم والحنجرة والمعدة نفثاً دموياً وليس لهذا الدم علاقة بالتدرن الرئوي . ويصعب فى بعض الاحيان تمييز النفث الدموي الحقيقي عن الكاذب

ويحوز فى النفث الدموي الغزير ان يجد المريض فى فمه شيئاً من السائل بدون ان يسعل فيبصقه واذا هو دم خالص ذو لون احمر رائق ، سائل ، ذو رغوة الا ان هـذا النزيف الدموي لايشاهد الا اذا كان قد نشأ من الرئتين فى حالات النفث الدموى الغزير .

واما المألوف فى اغلب الاحوال ان يخرج الدم بالسعال اما كعلقات صغيرة واما كمخاط مخضب بالدم . ولذلك يجب توجيه الاهتمام خاصة لمعرفة ما اذا كان المريض قد اخرج الدم بعد نوبة من السعال ام قد بصقه من الفم بدون ان يسعل .

وليس من الصعب تمييز النفث الدموي عن النزيف الدموى الذي يخرج بالقيئ

ولا يندر خروج الدم من اللثة والقناة الانفية البلعومية والأنف وكثيراً ما يستدعى خروج هذا الدم البت فى هل كان هنـاك نفث دموى حقيقي ام لا ؛ فيجب فى هذه الحالة الرجوع الى الاعراض الاخرى واخذ افادة المريض بالضبط فيما يختص بتاريخ المرض فاذا دل البحث فى هذه الجهة على ان المريض لم يشك من اعراض اخرى ولم تكن هنـاك علامات مادية ولم تكن فى تاريخ المرض اشارة الى وجود السعال عند خروج الدم فأن من المحقق ان يكون منبع الدم فوق مستوى القصبة الهوائية .

والنفث الدموى وان كان حاصلاً فى اغلب الاحيان عن التدرن فأن مـن الحسن ان يحفظ فى الذهن امكان حصوله بأسبـاب آخرى كتوسع القصبـات والاورام الخبيثة وامراض الدسامات القلبية مع احتقان توارديّ فى الرئتين ولاسيما التضيق الاكليلى والاحتشاء وذات الرئة وتمزق الخراج الاميبى او وجود ديدان افرنجيـــه او الآكتينو ميكوزيس او كيس هيداتيكي فى الرئة او تمزق ام الدم الابهريه وامراض الدم والصدمات الجرحيـه .

وقد ورد فى المصنفات الطبية ذكر الاضطرابات الطمثية بين الاسباب الداعية الى خروج الدم مع السعال وانا شخصياً

قد شاهدت حديثاً وقعة من هذا القبيل فى فتاة عمرها ١٣ سنة يمكن درجها فى هذا الصنف

(٤) ذات الجنب . وهو لا يقل اهمية عن النفث الدموى من حيث كونه عرضا من اعراض المرض ولا يمكن ان يمر بدون ان ينتبه اليه المريض بل يسوقه عادة الى طلب المشورة الطبية . واذا كان ذات الرئه اول عرض من اعراض المرض بالفعل وكانت صولاته متكررة ومصحوبة بانضباب فيعد عمليا من الاعراض المشخصة للمرض ولا اريد ان ادخل فى شرح العلامات والاعرا التى يعرف بها ذات الرئة ، ولكن احب ان اورد قليلا من الامراض التى يجب تمييزه عنها وهى الآلام العصبية بين الضلعية وكسر الاضلاع والأتكال فى العمود الفقرى والاوستيه ئوارتريتيس والتعب العضلى والروماتيزما العضلية وخراج الجدار الصدرى والكبد . وفضلا عن ذلك فان اوجاع الجهة اليمنى من الصدر قد تكون حاصلة عن آفات بطنية كالتهاب الزائدة وتحصل اوجاع الجهة اليسرى من الصدور عن التهاب الشغاف الخارجي للقلب وعن التهاب المعدة او تمددها وعن توسع القلب ولا يخفى ان اوجاع الصدر تكون فى اغلب الاحيان مصاحبه لذات الرئة وذات الرئة والقصبات والاحتشاء infarct الا انها متى حدثت اولياً اي بدون مرض واضح فهي تشير فى الغالب الى التدرن او من النادر حصولها عن الروماتيزم .

(٥) عسر النفس والتزرق . وكلاهما عرضان مهمان ويندر وجود العرض الاول فى وقائع التدرن المبكر الا ان قصر النفس او عسره ربما كان اول عرض ينتبه اليه المريض فيشعر بوجوده عندما يقوم بجهود اعتيادية كالصعود على الدرج

وعسر النفس dyspnoea يحصل فى بعض الامراض الرئوية من غير التدرن او الامراض غير الرئوية وخاصة الامراض القلبية وبعض حالات الجسم كالسمانة ونقصان الرياضة البدنية وعليه فلا يشير حتما الى وجود التدرن ومع هذا فأنه فى الغالب عرض ثابت لهذا المرض الاخير ولو فى ادواره المبكرة ولاشك فى انه يصير اعظم وضوحاً كلما قطع المرض اشوطاً بعيدة

(٦) ضياع وزن البدن . لايكاد يمكن درج هذا العرض بين الاعراض المبكرة وقد ينشا طبعاً عن اسباب عديدة اخرى من غير التدرن الرئوى ومع ذلك فأنه يعتبر علامة ثمينة على نشاط المرض ونتيجة المعالجة . يجب ارشاد جميع المصابين بالتدرن الرئوى على تسجيل وزن ابدانهم اسبوعياً ويجب طبعا ان يتم الوزن بميزان واحد وثياب واحدة

(٧) تسرع القلب والخفقان . ربما انتبه المريض الى هذين العرضين حتى فى اول ادوار المرض وحتى لو كان غير شاعر بالحمى التى تصحب هذين العرضين عادة . ومع ذلك فأنهما ليسا من الاعراض التي يعول عليها كثيرا .

(٨) التعرق فى الليل . وهو من حيث العموم ليس من الاعراض المبكرة وطبعا انه ربما حصل بسبب آخر غير التدرن . فأذا عاد العرق ليلا والمريض تحت المعالجة

فأن رجوعه هذا يعد اشارة ثمينة على نشاط المرض من جديد

(١٠) الفتور وفقدان الشهية للطعام والاضطراب المعدى . كل هذه الاعراض ربما ساقت المريض الى مراجعة الطبيب ولكنها ليست من الاعراض التي توجد باكرا .

(١٠) انقطاع الطمث . يجب تدقيق البحث فى جميع حالات انقطاع الطمث فى فتاة حديثة السن لأخراج التدرن الرئوى . اذ ليس من النادر ان يكون هذا عرضا مبكرا ولكن الاعراض الاخرى تكون عادة اشد وضوحا لدى المريض وهى التي تسوقه عادة الى استشارة الطبيب

(٣) الطريق الثاني من طرق البحث واعنى به العلامات المنظورة كالحمى وتسرع القلب .

من المفيد جدا تسجيل الحمى بالضبط لاسيما فى تعيين درجة فعالية المرض وتؤخذ درجة الحمى اما من الفم واما من الشرج والطريق الاول هو اكثر استعمالا الا ان الثاني اضبط منه واذا كان المراد اخذ الحمى مرتين فقط فى اليوم ينبغي ان تؤخذ فى نفس الزمن من كل يوم مرة فى الصباح ومرة فى المساء ويجوز ان تكون الحمى فى حدودها الطبيعية فى الادوار المبكرة جدا او عندما يكون المرض هادئا الا ان القاعدة المألوفة ان ترتفع الحرارة فى المساء ويكون ارتفاعها هذا اول علامة للمرض

تكون درجة الحرارة متقطعة اعتياديا في دور فعالية المرض ومعنى ذلك انها تكون مثلا طبيعية فى الصباح ثم ترتفع الى ١٠٠° او ١٠١° فهرنهايت في المساء .

ينفع اختبار درجة الحرارة بالرياضة البدنية اذا وجدت للمرض علامات واعراض نهائية . في الحالة الاعتيادية اذا مشى الانسان نصف ساعة لاترتفع درجة الحرارة اكثر من درجة واحدة ويزول هذا الارتفاع بعد نصف ساعة

واذا اتفق ان ترتفع الحرارة الى اعظم من هذه الدرجة او ان تستمر الى زمن اطول من نصف ساعة فيجب اعتبار هذه الحرارة غير عادية وهى قلما تنعدم في الحالات المبكرة التي تبقى فيها درجة الحرارة طبيعية في الظاهر .

من النادر عدم وجود التسرع في القلب حتى في الادوار المبكرة ويكون النبض في مبدأ المرض بالغا حد الـ ٩٠ او الـ ١٠٠ في الدقيقة في اغلب الاحيان واما الحرارة فلا ترتفع مع هذا النبض الا قليلا جدا وهذه خاصية لم توجد عادة في الحمى الخفيفة الناشئة عن اسباب اخرى .

واما الضغط الدموي فهو منخفض من حيث العموم حتى في الحالات المبكرة

﴿الطريق الثالث من طرق البحث﴾

واعني به العلامات المادية التي توجد بفحص الصدر .

لايتسع الوقت الذي لدينا للدخول في مناقشة طويلة لدرس جميع العلامات التي يمكن استخراجها بالتفتيش والجس والقرع والاصغاء ومع ذلك اريد ان استلفت النظر الى عدة نقاط هى :—

اولا — الوثوق من ان المريض في وضع صحيح عند جلوسه حين المعاينة اى انه قد جلس باستقامة تجعل

صدره متناظراً وان العضلات التي تكسو الصدر مسترخية في كلا الجانبين وهذه النقطة مهمة جدا لأن العلامات الغير عادية في حالات المرض المبكرة لاتدرك الا بالمقارنة التي تجري بين الجانبين من الصدر فاذا كان المريض جالساً بصورة غير متناظرة ربما كان جلوسه هذا باعثاً لعلامات ظاهرية لاتوجد فعلا .

ثانيا — من المهم جدا ان يتذكر الباحث ان فقدان العلامات المادية في الصدر لايعني فقدان الافات الدرنية فيه . وهذا الفقدان يتوقف كله على موضع الآفة . فالآفة اذا كانت عميقة ومستورة بطبقة من الرئة الصحيحة فان العلامات الدالة عليها تكون خفيفة طبعا وحتى انها ربما كانت معدومة بالمرة .

ولذلك لايمكن تأييد القول بأن فحص الصدر هو الطريق الوحيد من طرق البحث الخمسة .

ثالثا — لايجب الركون الى علامة مادية واحدة مهما كانت عليه من الوضوح . ان اجتماع الدلائل المأخوذة من عدة علامات مهما كانت خفيفة هو افضل من علامة واحده يجوز ان تكون غير صحيحة لايعول عليها لأن جميع اصابات التدرن لابد ان تظهر بعلامات مادية عديدة يبنى التشخيص على مجموعها .

رابعاً — ان لفقدان بعض العلامات اهمية تكاد تعادل وجود العلامات الأخرى ومثالاً لذلك اذا ظهرت اصمية بالقرع في منطقة من الصدر وكانت الالغاط التنفسية معدومة في هذه المنطقة فأن هاتين العلامتين من العلامات المهمة الدالة على وجود الانصباب ؛ ولكن اذا لم يكن الاهتزاز الصدري معدوماً فأن من المحتمل عدم وجود السائل .

ان العلامات التي نتوقع العثور عليها في منطقة صغيرة من الآفات السطحية الحديثة او المبتدئة هي : تأخر قليل في تمدد الصدر وخفوت اوسكوت دائمي في الاصوات التنفسية في منطقة محدودة وبعض الضعف في اصوات القرع وخراخر رطبة دقيقة او متوسطة تشتد بالسعال . وكلما ازداد التصلب ازداد معه الاهتزاز الصوتي والتنفس القصبي مع الزفير المتطاول .

ان شدة هذه العلامات وخفتها تختلف اختلافاً كليا في الحوادث المتنوعة واذا كان هناك مجرد شبهة في وجود حالة غير اعتيادية يجب متابعة البحث في الطرق الاخرى فهي التي تحسم المسئلة . ان الامر المهم في مبدأ المرض هو وضع التشخيص بصورة نهائية اذ ان المعالجة السريعة والفعالة تكون في هذا الدور على اعظم جانب من النصيب في شفاء المرض . فاذا قام المريض بواجبات المعالجة بصورة معقولة فلاينتظر ان يكون المرض منذراً بعواقب غير محمودة

﴿ الطريق الرابع من طرق البحث ﴾

وهو فحص النفث او القشعات .

تنحصر اهمية فحص (البلغم) طبا في تحري باشلس التدرن بواسطة التلوين بطريقة (زيل — نلسون) ولا اريد ان اسرد كيفية التلوين بهذه الطريقة بل اكتفي بالتنويه عن سهولة القيام بها فاذا اسفر الفحص عن نتيجة موجبة فان هذه النتيجة تشخص المرض طبعاً .

واريد ان اؤكد مرة اخرى ان عدد الباسيل الذي يوجد في البصاق لايدل دلالة اكيدة على فعالية المرض ومن النقاط المهمة جدا التذكر ان الفحص اذا اسفر عن نتيجة سالبة فان هذه النتيجة لاقيمة لها فيجب تكرار المعاينة ؛ فقد عرفت مريضاً اجرى فحص بصاقه اربع عشرة مرة في ايام متوالية ولم يعثر على الباسيل في اية مرة كانت ولما اجري الفحص للمرة الخامسة عشرة وجد الباسيل بكميات وافرة .

قد يكون القرار امراً مهم جداً في احوال استثنائية وتكون الطرائق العادية قد فشلت في اظهار الباسيل ففي هذه الحالة ربما وجب عمل التلقيح في الحيوان غير ان هذا العمل يكلف نفقات زائدة ولايمكن الحصول على نتيجة منه الا بعد مضي اربعة او ستة اسابيع .

﴿ الطريق الخامس من طرق البحث ﴾

وهو معاينة الصدر باشعة ايكس .

ان طريقة البحث بالأشعة طريقة ثمينة جداً لاسيما في الوقائع المبكرة حيث تكون العلامات المادية معدومة او مشكوكا فيها . فاذا لم يظهر شيء في رقوق الاشعة فأسلم طريقة هي اعتبار الشخص خاليا من التدرن وان كان قد لازم الاستمرار على المشاهدة بالطرق الاخرى .

واذا اتفق وجود شخص في اول اصابته بالتدرن ووجد فيه بعض الاعراض ولكن لم يوجد في صدره لا العلامات المادية ولا باسيل التدرن وكانت الاشعة قد اكتشفت فيه دلائل تبرهن على وجود المرض فيجب اعتباره مصابا بالتدرن ومعالجته على هذه الصورة . واما الانتظار الى ان تنكشف فيه العلامات السريرية فليس سوى مساعدة للمرض على التقدم وبلوغه الدرجة التي لاينفع معها العلاج .

ومع ذلك فقد لايبدي التصوير بالاشعة دليلا على المرض في احوال نادرة مع ثبوت وجوده اما باكتشاف الباسيل في البصاق واما من النفث الدموي الغزير .

وكثيرا ما يتعذر التمييز بين التدرن الجاورسي المبكر والتهاب القصبات الحاد بدون الفحص بالاشعة .

والبحث بالاشعة طريقة ثمينة جدا لتعيين وسعة المرض في مريض عرف سابقاً انه مصاب بالتدرن ومثلا ان العلامات المادية ربما عجزت عن بيان المرض في الرئة القليلة الاصابة ولكن الاشعة تقوم ببيان ذلك حالاً .

والفحص بالاشعة ضروري قبل المعالجة بالنوموتوراكس الصناعي وبعده وهو الطريق الوحيد لتشخيص التدرن السروي في الرئة

﴿ الانذار ﴾

ان اول خطوة في سبيل الوصول الى معرفة الانذار هو تشخيص الحالة المرضية في رئتي المريض بصورة مضبوطة والخطوة الثانية هي تعيين قوة مقاومة المريض ولا يتم هذا الا بالاختبار .

فاذا شاهد الطبيب ان التدرن لم يزل في ادواره الاولى فلا يكون لديه مايعول عليه في تعيين مستقبل المريض الا بعد مدة من الزمن فيفضي بذلك الى المريض او اقاربه

مبينا لهم ان المرض في ادواره الاولى ولايمكنه ان يقول شيئاً عن عواقب المرض الا بعد ثلاثة اشهر . فاذا اقتنعوا بهذه الافادة فنعم المطاوب اذ ان الطبيب سوف يجد فرصة كافية لتعيين مقاومة المريض بشيء قليل او كثير من الاتقان .

ومع ذلك فان كان من الضروري ابداء رأي عاجل في خصوص الانذار يجب ان تحاول تقدير المقاومة .

اولاً — بتدقيق البحث في تاريخ العائلة ؛ فاذا وجد ان البعض من افراد العائلة قد اصيب بالتدرن في ذات العمر تقريباً وتوفي منه ، فيكون الانذار بالطبع سيئا والخلاصة ان تاريخ العائلة كلما كان سيئا كان الانذار وخيما

ثانياً — بتعيين حدة المرض ؛ فاذا دلت اقوال المريض على ان المرض قد تقدم سريعا واشتدت وطأته بمدة قصيرة فان هذا يدل على ان المريض قليل المقاومة وان مرضه آخذ في التقدم وسوف يكون عديم الرجاء في القريب العاجل .

ومن جهة اخرى اذا انقضت حدة المرض الاولى واعقبتها فترة وجد فيها المريض تحسناً ظاهرياً ثم انتكس المرض مرة اخرى فمن المعقول ان نترقب تحسن المرض كرة اخرى بالمعالجة الصحيحة وان نامل وقاية المريض من انتكاس آخر بالاحتياطات اللازمة .

ثالثاً — بالتفتيش عن وجود او فقدان الظروف التى ربما اعاقت المعالجة كمزاج المريض والصعوبات العائلية او المالية او وجود امراض اخرى .

ان انذار التدرن وخيم مهما كانت درجته الا اللهم اذا كان المريض قد عزم على الشفاء وانصف في اتباع العلاج الموصوف له وتعلم كيف يعتنى بصحته ويحتاط لنفسه واما اذا كان المريض مصاباً بالضيق المالي الى درجة بليغة واضطر الى الاختصار من مدة الاستشفاء فى المصح (سناتوريوم) وعاد منه الى مشاغله السابقة ومشاكله العائلية فقد يكون الانتكاس امرا لابد منه

المعالجة

لااعرف فى هذه البلاد مرضاً يخمد العزائم عند معالجته كالتدرن الرئوي الا اذا كان ذلك المرض من الامراض الخبيثة وفى اغلب الاحيان لايستطيع المريض اولايريد الدوام على معالجة صحيحة تستغرق زمناً طويلا بل انه يطير من طبيب الى طبيب باحثاً بدون فائدة غالباً عن ذلك الطبيب الذي يوعده بالشفاء باستعمال بعض المستحضرات التجارية الغير مفيدة والغالية التى تستعمل بواسطة الابرة

لم يوجد للتدرن علاج خاص الى حد الآن ومع ذلك فهو ليس من الامراض التى تفضي الى الموت حتما .

ولايمكن سرد جميع انواع المعالجة ولذلك سوف اكتفي بذكر البعض منها بصورة موجزة :

ان جميع انواع المعالجة ترمى الى احد الاغراض الآتية :

(١) اتلاف باسيلات التدرن .

(٢) اتلاف السموم اى التوكسينات

(٣) حصر الآفة بايجاد سور من النسيج الليفى حول الادران

١ — اتلاف باسيل التدرن

استعملت طرائق مختلفة لهذا الغرض اشهرها واجدها استعمال احد املاح الذهب يدعى بأسم الصوديوم غولد تيوسولفات Sodiumgold thiosulphat او السانوكريزين Sanocrysin وهو من مكتشفات الاستاذ مولغارد (*) من الدنمارك وقد استعمله بشيء من النجاح ولم تفلح التجارب التي اجريت باستعماله في انكاترة ولم تسفر عن نتائج نهائية الى حد الآن وقد حصلت من استعماله عوارض شديدة ولذلك فلا يمكن الآن استعماله فى التطبيقات العمومية . كان كل من الكريوزوت (خلاصه القطران) وزيت الثوم oil of garlic وزيت الدراصينى oil of cinnamon مستعملا فى المعالجة لمدة طويلة من الزمن وربما كانت هذه المواد قاتلة للباسيل فى المسالك الهوائية ولكنها لاتسطو عليه وهو في الآفات الدرنية ومن المحتمل ان يكون مفعول زيت كبد الحوت (دهن السمك) من هذا القبيل، بواسطة الفيتامين ألف (ا) الذي يزود به الجسم وبمفعول حوامضه فى محفظه الباسيل . وان زيت كبد الحوت يساعد على تثبيت الكالسيوم فى البدن .

وهناك مواد اخرى تندرج فى صنف الادوية القاتلة للباسيل منها مصل (سبالينجر) الذى قامت حوله مجادلة عنيفة فى الوقت الحاضر ويستحصل من تلقيح عدد كبير من الحيوانات بأنسال مختلفة من باسيل التدرن وهذه الطريقة طويلة وتحتاج الى نفقات زائدة لايمكن فى الوقت الحاضر وضعها فى موضع التطبيق فى الممارسة العامة وقد تضاربت التقارير التى تتضمن نتائج استعماله تضاربا كليا فبينما نجده مفيدا في نظر البعض نجده عديم الفائدة فى نظر البعض الآخر .

(٢) اتلاف التوكسين

لقد حاولوا اتلاف التوكسينات بانتاج مضادها بواسطة انواع مختلفة من التوبركولين وهناك انواع شتى منه مما يشير الى عدم وجود نوع واحد مقنع ويكاد لايستعمل الآن فى حوادث التدرن الرئوي ومع ذلك فهو نافع فى حالات التهاب الكلى والمثانة والقزحية اذا كان هذا درنيا .

(٣) حصر الآفة بايجاد سور من النسيج الليفى حول الادران وهو نوع المعالجة الذي يجب ان نرمي اليه ويحصل عليه باعلاء قوة مقاومة المريض وبمنعه عن القيام بالمجهودات البدنية التي تفضى الى تأخير سير الشفاء .

الهواء النقي والطعام الملائم ونور الشمس والمقويات والادوية الاخرى . كل هذه المواد تعمل على اعلاء قوة المقاومة .

الهواء النقي الطلق

اذا كان المريض مكتسياً كما يجب فلا خوف عليه من البقاء فى الهواء الطلق طول النهار بل وطول الليل وتضربه الارياح الرطبة لأنها تفضى الى تغيرات فجائية عظيمة فى المناخ ومن المهم ان يكون الهواء خاليا من الغبار

(*) J Molkgaard

نور الشمس

ينفع جدا التعرض لنور الشمس الطبيعي ولكن نفعه اقل فى غير حالات التدرن الرئوي ويستعمل ايضاً نور الشمس الصناعى وقد رجح استعماله البعض من المؤلفين

الحمية او ترتيب الطعام

يجب اطعام المريض فى حدود قابليته الهضمية بالاطعمة المغذية ويسمح بتعاطى كميات وافرة من السمن كلما كان المريض محتاجا للتعويض عن الخسارات المادية القديمة .

الراحة

لعل الراحة من اهم الاسباب الداعية الى انهاض قوة المريض لمقاومة المرض ولايخفى ان التثبيت هو الوسيلة الوحيدة التي يلجأ اليها فى معالجة الالتهابات الدرنية التي تصيب المفاصل ونظير ذلك فان التدرن فى الرئة يشفى بسرعة اذا قل شغل الرئة مهما امكن لأن اتساع الرئة يمدد النسيج الليفي الجديد التكوين ويمزقه وكذلك فان زيادة التنفس تسبب جرف التوكسين من الرئتين الى

اذا كانت الآفة فى ابان نشاطها يجب التزام الراحة المطلقة فى الفراش ويسمح بالحركة تدريجيا كلما تحسنت احوال المريض على ان يلاحظ مفعول هذه الحركة بمقدار ماتنتجه من الحمى

وهناك طريقة ثمينة جدا لأراحة الرئة المؤوفة وهى (البنوموتوراكس) الا ان مضادات الاستطباب بهذه الطريقة كثيرة فى هذه البلاد الى حد انها جعلتني ابتعد عنها ولااوصي بها ابداً واكبر محاذيرها طول المدة التي تستوجبها المعالجة حتى اصبح من المتعذر القيام بهذا الامر فى محل غير المستشفى او المصح اي السناتوريوم . يجب اعداد المريض فى المستشفى لتقديمه للمعالجة مدة تتراوح بين ٤و٦ اشهر ويجب على المريض اعادة المعالجة من قبل الطبيب الذي شرع فيها والاستمرار على مراجعته بفترات تتراوح بين اسبوعين وستة اسابيع لأنه يُجب ابقاء الرئة فى حالة التكمش لمدة سنتين على الاقل .

يتضح من هذا بسهولة ان هذه الشروط تجعل هذا النوع من المعالجة عديم الاستفادة فى اغلب الحالات التى تشاهد هنا .

وبعد هذا اريد ان اقول بضع كلمات عن المعالجة فى السناتوريوم؛ تعلمون جميعكم ان هذه البلاد محرومة من هذه المؤسسات واذا خطر ببالنا تأسيس واحدة منها فأن هذا الامر من الامور التي تحتاج الى ملاحظات دقيقة جداً

وقبل كل شئ اودان ابين ماهو السناتوريوم فأقول ان السناتوريوم او (المصح) هومنزل النقهاء معد للمصابين بالتدرن تجرى فيه المعالجة بالهواء الطلق والطعام الملائم والرياضة البدنية التدريجية . واما المرضى الذين قد بلغ فيهم المرض حداً كافياً لأحداث الحمى فيجب ان يعالجوا فى المستشفي وليس فى السناتوريوم

قلنا انه اذا حدثتنا نفسنا فى انشاء السناتوريوم يجب ان نلاحظ امكان ذلك بكل دقة والآن اعود فأقول ان

النقاط التى تعارض آلان فكرة انشاء السناتوريوم هى :

اولا . النفقات او المصروفات

ثانيا . فقدان المحل الملائم

ثالثا . صعوبة العثور على مرضى يوافق اعدادهم للقيام بالمعالجة الطويلة اللازمة

اولاً ان مسئلة المصروفات مسئلة لايمكن التغلب عليها في هذه الضائقة المالية ولو فرضنا انناحصلنا على مقدار محدود من المال فسوف تساورنا الشكوك فى هل يكون من الافود صرفها فى مشاريع اخرى اعم فائدة من السناتوريوم

ان ما يلزم حقيقة لانشاء بناء مناسب لأيواء خمسين مريضاً مثلاً لا يحتاج الى مصارفات طائلة . ولكن اذا افتكرنا فى طول المدة اللازمة لاجل المعالجة ولاحظنا الفقر المستولى على اكثرية المرضى وجب ان نلقى مصروفات هذا المشروع على عاتق الحكومة ويصح ذلك اذا نظرنا الى الامر من الوجهة العملية.

المحل . اناشخصياً لااعلم الا القليل عن احوال الانحاء العراقية الجبلية ولاكنى على يقين من انه من الممكن العثور على محل موافق للساناتوريوم. فيجب ان يكون هذا المحل بمعزل عن الملاريا ويجب ان يكون سهل الوصول وتصح الاقامة فيه فى جميع فصول السنة .

صعوبة العثور على اصابات موافقة من اصابات التدرن

ان اغلب الاصابات التي ترد لأجل المعالجة هي من التي قد قطع فيها المرض اشواطاً بعيدة قد جعل السناتوريوم غير مفيد لها . وقليل من المرضى يستطيع او يرغب فى تقديم الفرصة المناسبة للطبيب فى ادوار المرض الاولى .

ان المصابين بالتدرن هم من المتفائلين بالخير ولا تخطر ببالهم ضرورة المعالجة والاستعجال فيها الا اذا كانوا فى شدة المرض .

انا واثق من ان اصلاح التعليم . واتخاذ التدابير الصارمة ضد المرض وتأسيس السناتوريومات المجانية وغير ذلك من الامور سوف تقتحم هذه الصعوبات مع الزمن وتسوق المريض الى طلب المعالجة في مبدأ المرض وتجعلهم راضين بطول هذه المعالجة .

هذه هي النقاط التي تقف في وجه مشروع السناتوريوم

واما النقاط التى تستوجب انشاءه فهى :

اولاً . ان السناتوريوم هو من بين انواع المعالجة النوع الوحيد الذي يمكن التعويل عليه في استحصال الشفاء الدائم .

ثانياً اذا قام المريض في السناتوريوم ولو لمدة قليلة فأنه يحصل على تربية صحية يستفيد منها جداً لأنه سوف يتعلم كيف ينظم حياته ويدرك كيف يكون مفعول التعب الزائد والخلاصة انه سوف يعتاد على النظام ويتعلم مبادئ المعالجة وربما جرى عليها في بيته .

قد طالت خطبتي هذه ولكن اسمحوا الى بأبداء ملاحظة اخرى وهي .

هل يجب ان نعلم المريض بمرضه ؟ نعم . يجب ذلك دائما ولو كان المريض عصبي المزاج . لأن المصابين

بالتدرن يجب ان يعملوا والطبيب معا للحصول على معالجة مفيدة وهم في الغالب من الاذكياء فاذا علموا بمرضهم سوف يكونون مساعدين للطبيب في عمله . ولا يجب اخفاء المرض عن المريض الا في الحالات التي قد تقدم فيها المرض واصبح عديم الرجاء فلا فضل ان يؤمل المريض بالخير ليكون مرتاح الضمير في ايامه الاخيرة وبالطبع يجب ان لا نكتم عاقبة المرض عن الاشخاص الذين لهم علاقة بالامر

الانكيلوستوميازيس (*)

الدكتور توفيق رشدي

سيدي الرئيس ساداتي المحترمين الاعضاء

لكل بلاد امراض عديدة وللعراق انواع واشكال من شتى الامراض الاستيلائية والمحلية. ان البلاد معروضة للامراض الوافدة كالهيضة والطاعون عدا ان انتشار الملاريا والسل وداء الافرنج عظيم جدا . لكن اريد ان اقتصر بكلامي حول احد المرضين المهمين الذين لم يلفتا النظر كسائر الامراض السارية مع ان الاضرار الناجمة عنهما لاتقل باي صورة كانت . عن اشد الامراض الاستيلائية ان هذين المرضين هما البلهارزيا والانكيلوستوما . وسيقتصر كلامي حول الانكيلوستوما فقط ، نظر الاهميه البحث وسعته .

ان معضلة الانكيلوستوما اجتماعية اكثر من ان تكون طبية وبما ان المرض يصيب الفلاحين ويمنعهم عن تعاطي مهنتهم فيجب علينا ان جهدنا لاستئصال هذا المرض طالما البلاد زراعية والنفوس قليلة . فالانكيلوستوما تقلل قابلية العامل للعمل بل تمنعه بتاتاً من الاشتغال في كثير الاحيان فبدل ان يكون الشخص منتجا يكون عالة على المجتمع وبهذا تقل الايدي العاملة التي نحن بمسيس الحاجة اليها لانهاض مستوى البلاد الاقتصادي .

فطالما الفلاح هو العماد الاصلي لهذه البلاد التي لايمكن ان تقوم لها قائمة بدونه فالواجب يفرض علينا ان نبذل قصارى جهدنا لاعلاء مستواه الصحي وحفظه من جميع العلل والاسقام . وكثيرا ما قرأنا وسمعنا زملائنا الكرام يحثون الناس على تكثير المواليد ظانين ان مجرد تزايد المواليد يكفي لتزايد النفوس والحال هذا رأي مغلوط جدا فالنفوس لاتزداد بنسبة المواليد بل بنسبة التفاضل الموجود بين الولادات والوفيات. ثم لاادري ماهي الفائدة التي ستجنيها البلاد من كثرة النفوس طالما نحن عاجزون عن ان نحفظ هذه الكتلة من الامراض الاستيلائية الوافدة او الموجودة محليا . ولذلك اود ان الفت انظار من بيدهم الحل والعقد

(*) المحاضرة التي القاها الدكتور توفيق رشدي في اجتماع شباط ١٩٢٨ للجمعية الطبية البغدادية

لهذه النقطة المهمة وارجو ان يرسخ في اذهانهم ان من الصعب جدا ان لم يكن من المستحيل تزيد نفوس البلاد طالما السواد الاعظم وهم الفلاحون يذوقون انواع العذاب من الملاريا والبلهارزيا والانكيلوستوما . فمن الظلم اذاً ان نطلب من المرأة المسكينة ان تلد عدة اولاد لتدفنهم بعد مدة بنتيجة الامراض السارية . ان الاحصاآت في قسم الولادة في المستشفى الملكي تدلنا دلالة واضحة على ان الام لاتحتفظ على نصف ماولدته بل كثيرا ما تنزل هذه النسبة الى الثلث. فهذا دليل قاطع على كثرة الوفيات في الاطفال ولو كانت لنا احصاآت صحيحة لعرفنا نسبة الوفيات العظيمة الناتجة عن الانكيلوستوما مباشرة في الكهول والشبان .

ان حياة الفلاح المسكين عبارة عن بؤس وشقاء مستمرين فتارة تهلكه الملاريا وتارة تذيقه البلهارزيا الامرين اما الانكيلوستوما فهي ثالثة الاثافي وهي تقطع الحرث والنسل بكل معنى الكلمة . وانا لااستغرب اذا امتثل الفلاحون قول ابي العلاء المعري قائلين : هذا جناه ابي علي وما جنيت على احد . فيتبعدون عن تكثير النسل المحكوم بالهلاك عاجلا ام آجلا لكن الجهل المطلق المخيم على هؤلاء السذج يسوقهم غريزيا فيتكاثرون كالبهائم نعم يعيشون كالبهائم او الدواب لا يعرفون من هذه الدنيا سوى الالم او الشقاء . فانا شخصيا لا اشوق احداً خصوصاً الفلاحين، على تكثير ابنائهم ليكونوا لقمة سائغة لملك الموت . لا يمكن ان تقوم لهذه البلاد قائمة طالما يبقى الفلاح في هذا الجهل المطبق . ان نشر العلوم من جهة وانشاء قرى مؤسسة على القواعد الصحية الحديثة من جهة اخرى ضروريان لحفظ النسل وتكثيره . ان اكبر خدمة يمكن ان يقوم بها احد هي تخليص هؤلاء المساكين من مخالب الامراض المهلكه وتعليمهم ان يعيشوا عيشة مرضية . « ان الفلاح سيد البلاد » وكل التدابير التي تتخذ بدون الاكتراث به والاهتمام برفاهة لا يجدينا ان فائده ما . ولذلك يجب ان تتجه كل جهودنا لاعلاء مستواه وترفيهه بصورة حقيقيه .....

ايها السادة ! ان المرض مهم وان الاضرار الناجمه عنه عظيمه جدا فعليه من الضروري ان تهتم الدوائر المختصه لمكافحة هذا الداء الوبيل بهمة لا تقل عن مكافحة اي مرض ساري آخر . لان الضحايا التي تقدمها لهذا المرض الخبيث سنويا تفوق ما يخطفها اي مرض انتاني ساري آخر بكثير .... وهذا الذي حدا بي ان اجلب انظاركم وجراني ان اشغل قسماً من وقتكم الثمين لمطالعة هذا الداء .

ان الانكيلوستوميازيس انتان خصوصي منتشر في اكثر الاقاليم الحاره وقرب الحاره اما في الاقاليم المعتدله فيشاهد في مواقع خصوصيه كالمناجم والانفاق ومعامل الآجر (الطابوق) ان المرض يصيب الاشخاص الذين يشتغلون في الاراضي الرطبه او المياه العكره الملوثه بشفرات ankylostoma Duodenale americanus

فاذا كانت العدوى كافية لتوليد مرض ذي اعراض سريريه واضحة يشاهد حينئذ فقر دموي متزايد

بصورة بطيئة . ترافقه اعراض هضمية ، دورانية وعصبية متنوعة . انه يمنع نشوء الاطفال وينقص مقاومة الاشخاص الآخرين ضد الامراض ويقلل النباهة العقليــــه والقوة البدنيـــة بهذه الصوره يقلل قابليـــــة العمل ويعرض الاشخاص المصابين به لجميع الامراض السارية . انه يشفى بطرد الديدان من الامعاء اما التحفظ منه فهو ممكن بامحاء المستفرغات البشرية بصورة مناسبة .

يجب اطلاق كلمة انكيلوستوميازيس على الاشخاص التى تحتوي امعاؤهم على كميـة كافية من الديدان تتغلب على حصاناتهم الطبيعيـة او العرقيه لتوليد شكل سريري خاص . اما العوامل التي تولد هذا الشكل السريرى فهى ثلاث وهى (١) عدد الديدان الموجوده فى الامعاء (٢) مدة بقائها في بدن المريض (٣) درجة تأثر الشخص من سمومها . ان المصاب يمكن ان يقاوم المرض طالما كان غذاؤه كاملا وبدنه سالماً ولم يكن مضطراً الى اجراء اشغال عنيفه وعدا ذلك ان هؤلاء الاشخاص قادرون على ان يتعالجوا كما يجب في حين ان الانكيلوستوميازيس مصيبة على الفقراء حيث انهم يضطرون ان يشتغلوا طول النهــار ويتغذوا باطعمة عسرة الهضم . محرومة من المواد الزلاليــه وان جهلهم الشديد يمنعهم من ان يقدروا الاخطار التى تحيطهم ولذلك ان هذا المرض مصيبة اجتماعيــة في البلاد الحاره الاهلة بالسكان الجاهلين العاجزين عن محافظة صحتهم كما يجب ان البساتين تسبب انتشار المرض اكثر من الاراضى الزراعيه التى تحرث دائماً . ولذلك فان الفلاحين الحفاة الذين يشتغلون في البساتين هم معروضون للخطر اكثر مـن غيرهم لكن يجب ان لا ننسى بان شفرة الانكيلوستوما تمكن ان تثقب الاحذيه او الملابس السميكه بدون اي صعوبة .

ان الفقراء يصابون بالمرض لان الفقر يقلل الغذاء وهذا يسبب تناقص مقاومة البدن ضد الطفيلات ان الفقر ينتج تقليل المواد الزلالية والشحمية فيعتاض الفقير بالمواد الهيدركربونيه الرخيصه فيضطر الشخص ان يدخل كميات كبيرة في معدته ليسد حاجته من المواد الغذائية الاخرى ان ادخال كتلات كبيرة عسرة الهضم من الطعـــام ينتج التخمرات وتوسع المعدة والامعــاء وامتصـاص السموم الميكروبه من الامعـاء فكل هذا يسبب التهاباً خفيفـاً ويقلـل تغذى البدن مما يجعله في آخر الامر عرضـة لجميع الانتانات ومن جملتها الانكيلوستوميازيس .

الاسباب — ان الانـكيلوستوم يسكن المعى الدقيق البشرى خصوصــاً في المعى الصائمى وبعضاً المعى الاثنى عشرى ويوجد نادراً فى القسم الاسفل من القناة الهضمية اما وجوده فى المعدة فهو من اندر النادرات يلتصق الطفيلى بأشواكه الفميــه في جدار الامعـاء ويتغذى وافرا بالدم الذى يمتصه من الجدار المعوى . ان الطفيل يبدل موضعه من حين الى آخر وان نقطـة الوخز القديمه تدمى زمناً قليلاً ثم تلتئم . ان الطفيل يصرف الدم جزافاً حيث ان الكريوات الحمراء تمر من قناته الهضميــة بدون ان يعتريهـا اى تغير ولا يتغذى الطفيل الا بمصل الدم فقط .

ان الانكيلوستوم الذكر والانثى متســاويان بالحجم

تقريباً . وان الامعـــاء تحتوى على انكيلوستوم ذكر مقابل كل ثلاث اناث . طول الطفيـلى الذكر ٨ — ١١ ميكرون وعرضـــة ٤ ، — ٥ ، من الميكرون اما الانثى فطولها ١٠ — ١٣ ميكرونا وعرضهـا ١٦ من الميكرون

ان الانكيلوستوما الانثى تبيض بصورة متماديه وبدون انقطاع . ان البيضـات تحفظ بالغائط ولا ينمو الرشيم طالمـا كانت البيضه في بدن الشخص المصاب لكن متى خرجت البيضة من الجسم البشرى وصادفت بيئـة مناسبـة يبدأ التكامل بسرعة عظيمـه حيث يتشكل الرشيم في ظرف يوم او يومين . ان هذه العضوية فعـالة جداً فتلتهم كل ما صادفها من المواد العضويه وتنمو بسرعة عظيمة فتبدل قميصهـــا في ظرف اسبوع واحد . وبعد التبديل الثـاني تدخل في دورة السكون فتنقطع عن الاكل ويتوقف نموها . تبقى هذه العضويه على هذه الحاله عدة اسابيع او اشهر فتتحرك فى المياه العكره او الطين او الارض الراطبة بصورة بطية جداً واذا يبست فتموت في الحال . ويدعى بعض المؤلفين بأن من الممكن ان تتكيس هذه الدوده فوق اوراق الاعشاب وقد اثبت cort ان الشفره تضيع قميصهـا طالما عاشت في التراب فتعيش بدون قميص . وبعد ان تصل الى الانسان تبدل قميصهـــا في خمسة اسابيع وتكتسب اوصافاً جنسية وتأخذ شكلهـا الكهل الدائمي .

لقد اثبت looss ان الطفيلات تصل القناة المعوية بطريق الجلد فتلج الاوعية الدمويه او اللنفاويه الموجودة في النسيج الخلوى تحت الجلد ى و تصل الرئه بهذه الصورة فتترك حينئذ الاوعية الشعريه الرئويه وتدخل الاسناخ الهوائية وتسير طول القصبات والشريان الشزني فتصل البلعوم ثم المعدة . وتكتسب بهذه الصوره قابلية المقاومة ضد العصارة المعدوية .

الباثولوجيا — ان الشخص المصاب بالانكيلوستوما لا يهزل بدناً فالنسج الشحمى مبذول اينما وجب وجوده طبيعياً ان الانتفاخ يزداد حسب درجة الاوزيما الموجودة ومن الممكن وجود الأنصباب فى جوف مصلى واحد او اجواف مصليه متعددة . ان جميع العضلات فقيرة الدم . القلب متسع مرتخى اما نسجه العضلى ففيــه استحالة شحمية ظاهرة . ان الـكبد متشحم وكـذلك الكلى .

واذا اجرى فـتح الميت بظرف سـاعة او ساعتين بعد وقوع الموت يشاهد حينئذ طفيلات يتراوح عددها بين ١٠ — ١٥ الى حد المئات التصق بعضها بالقسم الاسفل من الأثنى عشر والصائم ومن الممـكن في القسم العلوى من الدقاق . واما اذا اجريت المـعاينة المتأخرة فيرى ان الطفيلات قد تركت محل التصاقها فتشاهد ملتفة بالغشاء المخاطى المعائى . واذا دققنـا الغشاء المخاطى نشاهد عدة عدة نقاط نزفية قديمة او حديثة . اما الجروح التى تشكل مراكز هذه النزوف فهى محل التصاق الطفيلات . وتشاهد احياناً اجواف دموية صغيرة مسدودة تحتوى على طفيل او طفيلين وقد تتصل هذه الأجواف بجوف المعى الداخل بواسطة ثقوب صغيرة . ان الصباغات الحبيبيــة تدل على نقاطية نزفيه قديمة . من الممكن ان تظهر الأمعاء التهابا

نزلو يا بدرجة خفيفة او شديدة وقد يصادف على كميات قليلة او كثيرة من الدم في وسط المعى

ان الفحص المجهرى يظهر فى خلايا الكبد والكلي حبيبات صباغية صفراء لها تفاعل الهيماتوئيدين. تدلنا على خراب الدم فى داخل الاوعية كما هى الحالة في فقر الدم الخبيث او الامراض الأخرى التى تتميز بانحلال دموى شديد . وقد استنتج Daniels بعد ان رأى هذه الحادثة وشاهد فى الحجرات الكبدية حبيبات حديدية المنشاء . ان الفقر الدموى الموجود في الانكيلوستوميازيس ناشئ عن خراب الدم داخل الاوعية بتأثير بعض المواد السمية المفرزة من قبل الانكيلوستوما والممتصة من الامعاء ولكن لم يتأيد هذا الرأى من قبل اى مشاهد اخر.

الاعراض . — ان مجرد وجود الانكيلوستوم لا يستوجب حصول اعراض وخيمه في جميع الوقائع . ومن الممكن ان توجد عشرات من الانكيلوستوم فى الامعاء بدون ان تحصل اقل درجة من فقر الدم او اى عرض كان . اما الاعراض الوخيمة فتحصل نادراً . ولذلك يجب ان نتبصر قبل ان نحكم بأن الانكيلوستوم هو السبب الاصلى فى كل حالة مرضية يمكن ان يوجد فيها على سبيل الصدفة .

ان الاشكال المرضية فى الانكيلوستوما اثنان . الحاد وهو نادر جداً والمزمن . اما المزمن فينقسم الى ثلاثة الخفيف والمتوسط والشديد . ويجب ان نضيف شكلا اضافيا ثالثا للشكلين المتقدمين يتصف بوجود حالة بدنية او عقلية ناتجة من انتان الانكيلوستوم بدلاً من الاعراض الاعتيادية . اما (حاملو الدود) الذين لا يشعرون بالانتان الخفيف المصابين به لهم حصانة عرقية طبيعية فيشكلون شكلاً آخر .

الانكيلوستوميازيس الحاد . ان الانتان الحاد هو استيلاء آنى بالطفيلات . يتصف بأعراض حادة شديدة او خفيفة يحصل هذا الشكل اذا كان الشخص عرضة لانتان كتلوى حصل قبل ظهور المرض بشهرين او ثلاثة اشهر . ان هذه الوقائع نادرة جدا اما ما نشاهده بشكل حاد فهو انتان مزمن متظاهر بشكل حاد بعد الأزمان المكرر . ويحصل هذا فى المزارعين المضطرين وقتياً او تصادفياً ان يختلطوا بأرض مملوثة بالطفيلات .

يتقدم التهاب الجلد الناشئ من الانكيلوستوما او الحكة الأرضية ground itch كل انتان حاد او كل او اشتداد حاد فى الوقائع المزمنة . بشهرين او باربعة اشهر — ان هذه الحكة موجودة تقريبا فى كل وقعة فى الوقائع المزمنة الخفيفة ان الاندفاع يحصل اعتيادياً بين اصابع القدم وفى سطح القدم الظهرى والجنبى نظراً لدخول الطفيل . تحصل الحكة بساعات بعد الانتان بصورة شديدة محرقة يعقب الحكة انتفاخ واحمرار وحويصلات فى الانسجة تبلغ الحكة فى بعض الاحيان درجة تمنع المصاب بها من معاطات مهنته الاعتيادية ان الاندفاع خطى رحوى لى او يشبه الاندفاعات الا نجرية المولدة من السموم اما فى الانتانات المكرره الخفيفة التي تنتهى بالانكيلوستوميازيس الشديد .

يمكن ان لا تبقى هذه الحكة اى أثر فى ذاكرة المريض حيث انه لا يشعر الا بحكة طفيفة

الانكيلوستوميازيس المزمن — (آ) الوقائع الخفيفة ان المرضى لا يشعرون بشئ اللهم الا ببعض عوارض طفيفة يمكن عطفها الى سوء الهضم فى القسم العلوى من الجهاز الهضمي ان الاعراض كثيراً ما تكون عبارة عن وجع خفيف او توتر وامتلاء في الشرسوف وتزايد الحموضة و حصول الغازات فى المعدة مع تزايد عظيم فى الشهية ويمكن ان تكون الشهية متناقصة والوجع شديد يرافقهما غثيان وقئ كثيران

وقد ترافق الاعراض الهضيمة اعراض عصبية . يتناقص النشاط الفكرى ويكره الشخص العمل فيكون المريض عاطلاً خاملاً نعسان وكثير النسيان

وقد تزداد الفعالية القلبية وضربات النبض فيحصل الخلجان ويرافقه دوار وعسر تنفسى لا يتناسب مع درجة جهود الشخص . ان خبوف اللون الناشئ من فقدان الدم لا يجلب النظر وان نسبة الهيمو غلوبين تتحول بين ٦٠ فى المائة وبين مقداره الطبيعي .

لا يتحول عدد الكريوات الحمراء الا ان تزايد الايوزينوفيل موجود ويحصل بصورة مبكره فيدلنا على التشخيص. ان المنظرة السريرية فى الوقعة الخفيفه تريناشخصاً قويا فعلا قد اصفر لونه ونقصت قدرته وفعاليته بدون اى سبب ظاهرى وقد اصيب بسوء الهضم . وصار مريضاً لا يصلح للاشتغال .

(ب) الوقائع المتوسطه . — اذا اشتدت الوقعة الخفيفة بنتيجة الانتانات الجديدة المكررة او تظاهرت نتيجة الانتان الكتلوى بعد مرور الزمن المناسب تحصل لدينا الوقعة المتوسطة . الفتيان والتى كثير الوقوع . (اما الشهية المتزايدة فيختل انتظامها ويتحول الى ضلالة الاشتهاء واكل التراب فيسبب امتلاء المعدة باطعمة رخيصة كبيرة الكتلة والتى تحتوي على كثير من النشاء والسلولوز تخمرات شديدة وغازات مزعجة واوجاعاً معائية . وتنهى هذه الحالة بالتهاب الغشاء المخاطي وتناقص العصارات الهضمية وتوسع الجدران المعائية والتغيرات الهضمية الوخيمه . ويتناوب الانقباض الشديد مع الاسهال الشديد احيانا. ان التغيرات الدورانية تلفت نظر المريض فى هذا الدور النبض اسرع واضعف من ذى قبل . وان اقل الحركات البدنيه تستوجب الخفقان وعسرة التنفس . يشعر المريض بالم شديد او خفيف في الناحية القلبية ، بعد الجهد الشديد يتضخم القلب في كثير من الوقائع ويشكى المريض من نبضان الاوعية العنقيه من الدوار ومن طنين الاذن والصداع . وينسى المريض التغيرات الهضميه الطفيفه بين هذه الحالات المزعجة التى يسندها المريض الى الم في (فوآده)

واذا نظرنا الى وجه المريض نجابه شخصاً في حالة الانحطاط والتشوش العقلى او في حالة البلادة . ان الوجه مرخ ومنتفخ وقد وصل فقر الدم الى درجة تجلب الانظار الانعكاس الرضفى متناقص والتغيرات الحسية موجودة. ان المريض يتأثر من البرد . ان العنانة في الرجال وانقطاع

الطمث في النساء من الاعراض التي تشاهد كثيراً وفي هذه الدورة تبدأ التغيرات البصريه .

ان حالة التغذي وان تكن طبيعيه الا ان العضلات مسترخيه وتتعب بسرعة يشعر المريض باوجاع عضلية يمكن عطفها لالتهاب العصب السمي . ان المرضى يشكون اوجاعا في القص والصدر وخصوصا يتذمرون من الضعف الشديد الذي يطرأ على السيقان والركب .

ان الهموغلوبين يتحول بين ٣٠ — ٦٠ في المائة وينزل عدد الكريوات الحمراء الى ٣،٥ — ٤ ملايين بالميليمتر المكعب اما الايوزينوفيلي فهو موجود بصورة واضحه

ان الشخص يخرج من كونه غير ميال للعمل بل يصبح عاطلا بالفعل . والحاصل يكون الشخص خاسف اللون متشوش العقل كثير النسيان . ان الجهد البدني ينتج خفقان القلب وضربانا شديداً في الاوعية العنقيــة وعسرة التنفس . وان تبدل الوضعية بصورة آنية يسبب دواراً آنيا

الوقائع الشديدة : لا تشاهد هذه الوقائع الا في المناطق الموبوءة بصورة شديدة حيث الناس فقراء حفاة يشتغلون كثيرا ويتغذون قليلا وهم معروضون للامتنان المكرر بدون ان يعالجوا . ففي هذه الشروط تكون الانكيلوستوميازيس السبب المهم في كثرة الوفيــات العظيمــة وقد انفلجت الفعالية الصناعيه بهذه الوفيات كما ان نسبة التولدات انحطت بدرجة مرعبة في بعض المناطق هددت فيهــا سلامــة النسل في كثير من الاحيان لان الانكيلوستوميازيس

هذا ان يكون مرضا فتاكا فانه يهيء سلسلة من الحوادث تنتهي بالفقر وقلة الغــذاء والملبس كما انه يهيء الطريق الى الامراض الفتاكه ويزيد الوفيات الى درجة مرعية

تتسابق العوارض والعاهات الهضمية والدورانيــه والعصبية في الوقائع الشديده لتنحل المريض المسكين وتسلبــه عقله . ان فقر الدم شديد جدا وان منظرة المصابين تشبــه (شمع العسل) اما الخط الفارق الذي يفصل الجلد من الغشاء المخاطي في الشفتين فيزول تماما ويغير شكل الوجــه بالاوزيما . تشاهــد الاوزيما في القدمين والكعبين في كثير الاوقات كما ان الاستسقاء العــام لا يتأخر ان يظهر . ويشتد الاستسقاء الى حد يصعب معه تشخيص هوية المريض . ان المريض لا يستطيــع ان يعرق ولذلك يكون الجلد يابسا خشنــا اذا تنــاقصت الاوزيما العضلات مسترخيه ومؤلمة . يبلغ الضعف اشده ويمكن ان يصل الى درجة الفلج الناشيء من البري بري

ان نسبة الهموغلوبين اقل من ٣٠ في المائه في الوقائع الشديدة . يجب ان نفرق بين الوقائع التي تحتوي على هموغلوبين فوق ٢٠ بالمائه والتي تحت هذه النسبــة : اذا كانت النسبة تزيد على ٢٠ في المائه فالايوزينوفيل موجود كما ان قرينــة التلون تحت الواحــد . وهــذه الوقائع يمكن ان تعيش . واما اذا هبطت نسبة الهموغلوبين الى تحت ٢٠ في المــائه فيصير فقر الدم (خبيثــا) ويزول الايوزينوفيل فتصل قرينة التلون الى فوق الواحد . ونظراً لنضوب المخ العظمى تبقى التدابير المتخذه لتنبيه فعاليــة

الدم بدون جدوى فتنتهي اكثر هذه الوقائع بالموت

ان التغيرات الهضمية متنوعة ومتضادة . ان الشهية تزول تماما او يصيبها الضلال فتزداد رغبة المريض في (أكل التراب) الغثيان والقيء مبذولان يتعاقب الاسهال والقبض لكن الاسهال الغالب . شكل الاسهال يشبــه الديزنتري ان كثيرة الغازات المعائية تزعج المريض جداً كما انها تزيد التأثيرات المتولدة من الجبن .

القلب يتسع وعضلاته تسترخي . النبض خفيف وغير منتظم ان شدة الوجع في الناحية القلبيــه تسترعي النظر . النفخــات الفقر الدموية تسمع بكل وضوح في القلب والاوعية والمريض يتضجر من الدوار والوشيش في الرأس . ان الاغماء كثير الوقوع ولذلك يتجنب المريض من الحركة خوفا من وقوعه . يحصــل عسرة النفس الشديد بعــد جهد طفيف او بدون اي جهد . ويمكننا ان نترقب ظهور اوزيما الرئة او الانصبــاب في اجواف التجاويف الخارجي والبلورا والبريطون او البطينات الدماغيه بين آونة واخرى

لا يمكن ان تبقى الجملة العصبية سالمة في حين ان البدن في انحلال مستمر يزداد حالة تشوش الــدماغ بدرجة عظيمة . ان الصداع والارق والاختلاطــات البصريه الوخيمــه والتأثر الشديد من البرد وزوال الانعكاس الرضفي التام واعراض متنوعة اخرى يمكن عطفها للجملة العصبية مباشرة او بصورة غير مباشرة تكمل اللوحة السريرية التي لا يمكن مشاهدتهــا في الانتانات الخفيفة

تزداد نسبة الوفيات في المناطق الموبوءة بالانكيلوستوما بدرجه مريعة حيث تبلغ الوفيات الناتجة من هذا المرض ثلث الوفيات العمومية اذا كان الانتان شديدا . ان كثرة الوفيات من جهة وتناقص فعالية العمال المصابين بالانكيلوستوما الى ٥٠ ٪ من فعالية الاشخاص السالمين من جهة اخرى تجعل هذه المسألة اجتماعية اكثر من ان تكون طبية . ومما لاشك فيه ان ازالة هذا الداء الوبيل يوفر لنا نفوسا كثيرة نحن بأمس الحاجة اليهم كما انه يزيد قابلية العمال ويجعل البلاد تجني ثمار الفعاليــة فتنتعش اقتصاديات البلاد فتسعد النــاس والحكومة على حد سواء .

التشخيص : — ان الاشتباه من وجود الانكيلوستوما يكفينا لنصل لتشخيص المرض بسهولة . ان وجود فقر الدم في الفلاحين او سائر الناس الذين لهم اتصال شديد بالتراب (عمال الطابوق او عمال الطرق . البناءون) يجب ان يخطرنا بالانكيلوستوما . اما التشخيص بالمعاينة المجهرية فسهل جدا اذا كان الانتان شديداً . اما في الوقائع المشتبة فيها فللتشخيص طرق متعددة واحسن هذه الطرق هي المستعملة في المستشفى الملكي منذ سنتين وهي عبارة عن برم مخلوط مكون من المواد الغائطة ومحلول الملح العادي المشبوع في جهاز Clayton Lane وبما ان بيضة الانكيلوستوما وبيضات الطفيلات الاخرى اخف من محلول الملح المشبوع فتبقى هذه البيضات في سطح السائل المتجه نحو مركز البارم وتلتصق في الوجه السفلى للزجاجة

الموضوعة فى فم الانبوب . وبفحص هذه الزجاجية بعدسات قليلة التكبير تمكن من مشاهدة بيضات الانكيلوستوم بكل سهولة مهما قل عددها .

ولقد فحصنا فى خلال سنة ١٩٢٧ كل مريض دخل المستشفى سواء كان مصابا بالانكيلوستوما ام لا . وقد شاهدنا (١١٠٤) من بين ٢٤٤٣ اى بنسبة (٤٥،٢) بالمائة . تبلغ نسبة الاصابة بالمرض فى قسم الجراحة (٤٨،٢) فى المائة حيث اكثرية هؤلاء الناس من الفلاحين .

يمكن تفريق الأنكيلوستوما من البرى برى لعدم وجود العلامات الفلجية والاستسقائية . ان فقر الدم فى الانكيلوستوما يختلف عن الملاريا لان وجود الاوزيما فى الاشخاص المصابين بالانكيلوستوما يجعل الوجه منتفخا فى حين اى المصابين بالملاريا ينحلون ويكتسبون لونا ترابيا ان وجود طفيل الملاريا بالدم وزوال الحمى بالكنين يسهل علينا التشخيص . لكن يجب ان لايفوتنا ان الانتانين يشتركان فى اكثر الاوقات حيث مناطق الملاريا هى مناطق الانكيلوستوما ايضاً وبهذه الصورة يتآزر المرضان الخبيثان ليهلكا المريض كل على حسابه .

ومن جملة العلامات التشخيصية فى الانكيلوستوما وجود ندبات الكيّ فى الشرسوف والصدغين وقد تبين من الاحصاء الذي اجريناه فى المستشفى فى المصابين بالانكيلوستوما ان كيّ الشرسوف موجود فى ٢٢ ٪ من الوقائع كما ان كيّ الصدغ يبلغ ٦٠ ٪

﴿المداوات﴾

ان الدوائين الاساسيين المستعملين فى المستشفى الملكي لتداوي الانكيلوستوما هما رابع كلور والكربون وزيت الشينه بوديوم

يعطى للمريض ٣—٤ سنتيمترات مكعبة من كلور الكاربون الرابع او سنتيمتر مكعب ونصف من زيت الشينه بوديوم ضمن محفظات جلاتينية بفواصل نصف ساعة صباحا قبل الفطور . ثم يعقب بمسهل ملحى بعد ساعة اوساعتين . ويكرر هذا التداوي ٣ مرات بفواصل عبارة عن اسبوع . ثم ينتظر اسبوع آخر حيث ان بيض الانكيلوستوم يبقى في الغائط لمدة اسبوع بعد ان يزول الطفيل . وبعد انتهاء هذه المدة يفحص الغائط مرة اخرى فاذا تبين وجود بيض الانكيلوستوم فيواظب على التداوي بعين الطرز على ان يفحص الغائط في نهاية كل اسبوع الى ان تكون النتيجة سالبة تماما . وقد شاهدت وقعة اضطررت ان اكرر الدواء فيها سبع مرات لأزالة المرض تماما . اما في فاصلة المداواة فيعطى المريض مركبات الحديد والزرنيخ . ان كلور الكاربون الرابع او زيت الشينه بوديوم ينفعان لطرد الديدان الاخرى كالتينا والاسقاريد والاقسيور وبما ان كثيرا من الوقائع التى شاهدناها تحوى على اكثر من نوع واحد من الطفيلات فتمكنا بهذه الصورة ان نخلص المريض من جميع الطفيلات المعائية . ان سمية هذه الادوية قليلة جدا بحيث لايعتد

بها . ولذلك لم نستعمل في مستشفانا التيمول او زيت الاوكاليبتوس لان تأثيرهما اقل .

الوقايه :— يجب ان لا يغرب عن بال كل من اراد التوقي من الانكيلوستوم بأن المرض ينتقل بالغائط فقط . ولذلك يجب وقاية الاراضي والماء من الانتان فمن الضروري ان يمنع التغوط في الحقول وخارج المراحيض .

ان الواسطة الوحيدة للتوقى عبارة عن تأسيس مراحيض كثيرة سهلة الوصول . واذا تعذر تأسيس مجارى القاذورات فحفر الآبار او الخنادق يكفي للوصول الى الغاية المطلوبة . تسد هذه الحفر بعد الامتلاء وتحفر حفر جديدة عوضاً عنها . وكذلك شكل المراحيض الموجودة عندنا على شرط ان يطلي داخل الحفرة بالسمنت ليمنع تسرب الطفيلات الى الخارج . يكفي هذا تماما لمجادلة الانتان . وان كان الطفيل ينمو حتى في الغائط الا انه يحتاج الى هواء طلق ومقدار معين من التراب ، فان لم يجدهما فيهلك بعد مدة قليلة . ان مراحيضنا تكفي اذا لقتل الطفيل واستحصال سماد ثمين .

و بعد ان اسسنا المراحيض يجب ان نهتم بحفظ المياه من التلوث فاذا كان الماء مشتبه بتلوثه فيجب ان يغلى او يرشح قبل الاستعمال . وعدا ذلك يجب الاعتناء بتأسيس محلات لتنظيف الايدي والاواني قبل اكل الطعام .

ان تأثير تخريب المواد الغائطة او جمعها في محل مخصوص في مكافحة الانكيلوستوما امر لايقبل الشك او الشبهة . ان ترك المناطق الملوثة بصورة قطعية مفيد جدا اذا امكن ذلك . فان لم يمكن فيجب حرث الارض بصورة مكملة او احراق الاعشاب فوقها لأحراق البيضات الموجودة فيها . انه من الضروري جدا ان يفحص جميع الفلاحين بصورة منتظمة وباوقات معينة . فاذا شوهد اشخاص صفر اللون فقراء الدم فالواجب تفريقهم وفحصهم تماما . ومتى يتبين انهم مصابون بالمرض فيجب معالجتهم لئلا يكونوا منبعاً لعدوى غيرهم .

نظرا لأهمية العدوى بالانكيلوستوما يجب ان تهتم دائرة الصحة العامة بارشاد الناس الى مايخص هذا المرض الوبيل وطرق الوقاية منه .

واختم كلامي مؤملا ان تهتم مديريه الصحة العامة لمكافحة الانكيلوستوما كما لو كانت من اشد الامراض السارية الفتاكة وبهذه الصورة تخلص كثيرا من النفوس الزكية كما انها ستكون سبباً لاعلاء مستوى البلاد الاقتصادي وبهذه الصورة تخدم البشرية المتألمة من جهة وتزيد قوة المملكة من جهة اخرى .

الدكتور
توفيق رشدي

نبذة تاريخيه

علم الطب وهداية الطبيب

الدكتور افلاطون

(في ما يلى ترجمة للمقالة الرابعة من كتاب (جهار مقاله) الفاسى لمؤلفه احمد بن عمر النظامى العروضى السمرقندى كتبه في سنة ٥٥٠ هجرية وطبع اخيراً في لايدن من اعمال هولاندا في مطبعة بريل والكتاب منقسم الى اربعة فصول او (مقالات) فالمقالة الاولى تبحث عن ماهية الدين ولوازمه والثانية تتناول علم الشعر وصلاحية الشاعر والثالثة تتدرج الى علم النجوم وغزارة المنجم اما المقالة الرابعة التي نحن في صددها تتناول البحث فى علم الطب وهداية الطبيب وقد تراى الينا ان نترجم هذه المقالة الاخيرة بتصرف وننقلها الى قراء المجلة لانها قد لاتخلو من الفائدة التاريخيه والفكهة في آن واحد)

***

ان الطب صناعة شريفة يتمكن الانسان ان يحفظ بها الصحه واذا زالت هذه يسترجعها اما الطبيب فله ان يكون رقيق الخلق حكيم النفس ، جيد الحدس . والحدس حركة في سرعة الانتقال من المعلوم الى المجهول وكل طبيب لا يعرف شرف نفس الانسان لا يكون رقيق الخلق واذ لا يعرف المنطق لا يكون حكيم النفس واذا لا يصبح مزوداً بالتأييد الالهى لا يكون جيد الحدس وكل من لا يكون جيد الحدس لا يتوصل الى معرفة العلة لانه يجب ان يؤخذ الدليل من النبض والنبض حركة انقباض وانبساط متوال ولقد حصل خلاف بين الاطباء في هذا الباب ففصيلة تقول بان حركة الانقباض لا تجس بالحس اما فضل المتأخرين حجة الحق الحسين بن عبدالله بن سينا فى كتابه القانون يقول ان حركة الانقباض تجس بشرط ان يكون المريض نحيف البدن قليل اللحم والنبض حسب نظره ينقسم الى عشرة انواع وكل نوع ينقسم ايضاً الى ثلاثة اقسام فهذا كله ليس بالامر الهين ولكن كل هذه الدلائل تفتقر الى التأييد الالهى والهداية الربانية

ثم ان الطبيب اذا لا يعرف علم المنطق ولا يفرق بين الجنس والنوع لا يتمكن من معرفة العلة فلا يصيب في العلاج فنقول مثلاً ان المرض جنس ولكن الصراع والزكام والحصبة واليرقان نوع وكل واحد ينفرق عن الثاني بعلامات خاصة فالحمى مثلاً تدعى جنس ولكنها تنقسم الى انواع كحمى يوم وغب وشطر الغب وربع فحمى اليوم تمتد الى نهار وليلة واحدة وحمى المطبقة لا تنقطع الا بعد مرور ايام عديده وحمى الغب تأتي يوم وتغيب يوم وحمى شطر الغب تأتي يوم بقوة ويوم بخفة وحمى الربع تغيب يومين وتظهر في اليوم الرابع

فاذا عرف الطبيب المنطق وكان حاذقا وعرف نوع الحمى ومادتها وميز في ما اذا كانت مركبة او مفردة

يتمكن من معالجتها بسرعة واذا فاته التشخيص يجب عليه ان يستعين بالله عزوجل واذا لم ينجح الدواء ايضاً عليه ان يداوم بطلب المدد من البارى تعالى

حكاية

كان بختيشوع احد نصارى بغداد طبيب حاذق ومشفق صادق والطبيب الخاص للمأمون وحدث ان بلي احد اقرباء المأمون بداء الاسهال الشديد وكان هذا من المقربين لديه فطلب الخليفه بختيشوع وامره لمعالجة المريض فجد واجتهد وشمر عن ساعد الكد والهمة فلم يجد نفعاً مع انه جرب نوادر العلاج فخجل حينئذ من الخليفه فقال له المأمون لا تخجل يا بختيشوع انك بذلت جهدك ووفيت بعهدك لكن البارى عز وجل قد فرض هذا القضاء وليس علينا الا الرضا فلما رأى بختيشوع ان المأمون يئس من حياة المريض قال هناك علاج اخر ان امرني امير المؤمنين عملته ولكن فيه شي من المخاطره ففعل كذلك واستحضر للمريض مسهل قوي واعطاه اياه فازداد الاسهال يومئذ الا انه قل في اليوم التالى الى ان زال شيئاً فشيئاً فسأله الاطباء عن حكمة عمله هذا فقال كنت خائفا لئلا لا يقوى المريض على المسهل ولكن الأمل في النجاح كان فى اعطاء المسهل فتوكلت على الله فوفقنى وشفي المريض.

حكاية اخرى

حدث الشيخ الرئيس حجة الحق ابو علي سينا فى كتاب المبدأ والمعاد واليك عين عبارته قال : —

وسمعت ان طبيباً حضر مجلس ملك من السامانيين وبلغ من قبوله له ان اهله لمؤاكلته على المائده التى توضع له فى دار الحرم ولا يدخلها من الذكور داخل وانما يتولى الخدمة بعض الجوارى كانت فيها جارية تقدم الخوان اذ قوسها ريح ومنعها الانتصاب وكانت حظية عند الملك فقال للطبيب عالجها فى الحال على كل حال فلم يكن عند الطبيب تدبير طبيعى فى ذلك الباب يشفى بلا مهلة ففزع الى التدبير النفساني وامر ان يكشف شعرها فما اغنى ثم امر ان يكشف بطنها فما اثر ثم امر ان تكشف عورتها فلما حاول سائر الجواري ذلك نهضت فيها حرارة قويه انت على الريح الحادثة تحليلا فارتجعت مستقيمة سليمة

(هذا وان هذه المقالة ملانه بالنوادر والحكايات وقد اقتطفنا هاتين الحكايتين لاختصارهما وسوف نوافى القراء بالبعض الاخر ان سنحت الفرصة)

مع لجنة تحديد الحدود العراقية التركية في عام ١٩٢٧ (*)

للدكتور هيكس طبيب اللجنة

—ه‍*﴿نظرة عامة فى وصف احوال البلادالواقعة على الحدود﴾*ه—

هذا الجزء من العراق الواقع على الحدود العراقيــة التركيــة بلاد جبليــة تسودالخشونة والوحشةفي منظرها واهلها؛ قاسية عنيفة وثائرة في مناخها وعيشها وليس فيها من السكان الا القليل الآن احوالها تتطور الان تدريجياً من حالة القرون الوسطى التي يسود فيهاحكم الزعماء حتى نشوب الحرب الكونيــة الى حالة الخضوع الى قانون الحكومة العراقية واوامرها .

وسكان تلك الانحاء اقوام اشداء كدودين يعيشون بمايسد الرمق مكتفين بما هو ضروري لأدامــة الحياة ولا يعرفون شيئاً من الحيــاة فيما وراء تخوم الاودية والمراعى الخاصة بهم . يصدمهم البخت القــاسي على الدوام فتارة تسبيهم غزوات الشيوخ وتارة تنزل فيهم ضربة الطبيعــة نفسها بمناخها القاسي وامراضهــا؛ وذلك البخت القاسى يبتلع جهودهم وثمرات اتعابهم وارواحهم وليس لهم فيمامضى من يستنغيثون به او ماينقذهم منــه . الحياة رخيصــة عندهم ويجدون سرورهم في اولادهم وغزواتهم . يوجد الكبرياء والعجرفة فى القبائل التى تتمتع بقوة عظيمة واما القرويون فنصيبهم الشقاء

المعيشة بسيطة جداً بين سكان تلك المنطقة واحتياجاتهم قليلة ولا تطمح انفسهم الى شئ ومع ذلك فان معظمهم راض من حياته اذا اتيح لهم الاستمرار فى حياتهم الفقيرة فى هدوء وسلام

السكان والقبائل

ان القبائل الكردية القاطنة فى الحدود تنقسم بحسب المناطق التى تحددهــا الانهر الرئيسيــه التي تقطع الحدود منحدرة من الشمال الى الجنوب . فالقبــائل التى تقطن هذه المناطق من الغرب الى الشرق هي : —

١ من نهر الهازيل الى الخابور — وفيها قبيلة (السندي) وفيها مسلمون ومسيحيون وفى الشمال منها تسكن (الغويان) وفى الجنوب منها تسكن (الغولى) .

٢ من الخابور الى الزاب — وفيهاقبيلــة (الباواري) وهم مسلمون ونسطوريون مسيحون وفى ضمنهم التياريون الذين هم مسيحيون .

٣ من الزاب الى او ماريك — وفيهــا قبيلة الريكان وتشتمل على مسلمين ومسيحيين .

٤ من آو ماريك الى روى جين — وفيهــا قبيلة

(*) القيت في اجتماع مايس ١٩٢٨ للجمعية الطبية البغدادية

الموسكى

٥ من روى جين الى شمس دينان — وفيها الميراكي وتشتمل على مسلمين ومسيحيين .

٦ من شمس دينان الى حاجي بيك — وفيها الغيردي

٧ على طول حاجي بيك — وفيه الشيروان والبارادوس تدخل قبيلتى الجيردي والشيروان تحت امرة شيخ البارزان . ان السواد الاعظم من سكان هذه المناطق كلها هم المسلمون اذا استثنينا التياريين وتوجد اقليات من المسيحيين وعدد ضئيل من اليهود فى بلاد البارزان والجال

اللغة

تسود اللغــة الكــردية فى تلك البلاد . ويتكلم التياريون باللغة السريانية ومع ذلك هناك من يفهم اللغــة العربية من الطبقات المهذبة . ويوجد فرق فى اللغة الكردية بين القبائل المختلفة ولكن هذا الفرق لا يمنع تلك القبائل من التفاهم بينهما ومع ذلك فيوجد بون شاسع بين لغــة هذه القبائل ولغة السليمانيــة حيث لا تفهم اللغة الكردية هنا . والأكراد من حيث العموم يشتغلون فى رعى المواشى والزراعة وينحصر رعى الاغنام فى (الكوشير) فيمضون اوقاتهم مع قطعانهم منتقلين معهم من الصحارى فى موسم الربيع الى مواضع الكلاء فى الجبال ليقضوا الصيف هناك

الاخراجات والادخالات

ان الذي يصدر من منطقة الحدود يذهب معظمــه الى جزيرة ابن عمر وزاخو والعمادية وعقرة وراوندوز وتتألف الاخراجات من الصوف والسمن والجلود والارز والتبغ والعفص

واما الادخالات نهى من نفس هذه المدن وتتكون من الشعير والملابس

يعيش الأكراد على اغنامهم ولكنهم يشترون الديباج لنسائهم والاقمشة لصنع (الكراس) للرجال وهو ثوب ذو اكمال طويلة وفى بعض الاحيان يشترون الشاي والسكر ومن حيث العموم يزرعون ما يحتاجون من الحبوبات واما رعاة الاغنام الذين قدسبق ذكرهم فهم يشترونها لأن معظم طعامهم هو اللبن والزبدة والخبز

***

صحة اللجنة وحاميتها وصحة الأهلين .

من ٢٠ مارت الى ٣٠ ايلول ١٩٢٨

زودتني مديرية الصحة العــامة العراقية بصيدلي هو الصيدلي (كوستاكي) ومفتش صحة هو (صبري افندي) وقد ارسل لنا الجيش العراقى مضمداً هو (شاؤل افندي)

وقد جهزنا المدخر الطبي الملكي بجميع ما نحتاجه من الادويه وبجرها ماعدا التجهيزات المعطاة للمعتمد العسكرى فى زاخو ولم يكن للحامية التركيه تجهيزات طبيــة فكنا نحن نتعهد بمداواة مرضاهم وفى زاخو طعمنــا في شهر مارت جميع اشخاص اللجنــة بفاكسين التفوئيد والبارا (آ) والبارا (ب) لوقايتهم من الحميات المعوية (التيفوئيد) وكانت الحاميــة العسكريه العراقية قد حقنت مقدما مرة اخرى بطعم الجدرى .

اعطينا الكنين للاغراض الواقيــة لكل من افراد

اللجنة بمقدار ٠١ قمحات فى اليوم فى خلال قيامها بالعمل مدة ستة اشهر ونصف وقد اعطينا نفس المقدار لعدد قليل من الاشخاص الذين كنا محتاجين اليهم من غير افراد اللجنة وكل من اعضاء اللجنة قد استعمل الكالة الناموسية) واستعملها ايضا افراد اخرين فى مقر اللجنة ولم نشاهد اية اصابة بالملاريا بين الذين اخذوا الكنين للوقاية واستعملوا الناموسيات

حدثت اصابة واحدة بالتيفوئيد وتلك هي اصابة الميجر لويزفى (ناجولى) اخذها فى ٢٨ تموز عندما كنا بين قبيلة (هيراكي) فكانت الاصابة متوسطة الشدة مع حمى مستمرة بدرجة ١٠٣ دامت ٨ ايام ثم هبطت تدريجيا الى الحد العادي فى نحو ٢١ يوما وكان مرضه قد بدأ فى (ديرياصور) فى اغستوس ١٢ وكان هذا المحل واد تبلغ حرارته العظمى في الظل ١٠٢ الى ١١٠ فهر نهايت. وكان الميجرفي وسعه ان ينتقل من (ديرياصور) في ١٢ ايلول وكان قد لقح ضد التيفوئيد في زاخو بفاكسين كان قد جلبه هو معه من انكلتره واما ما عداه من الاشخاص فقد اجري تلقيحهم بالفاكسين الذى جلبته معى من بغداد

قد اصيب الاستاذ باشلين بالديزانتري الأميبي فى اغستوس ولكن قد شفى تماماً بالمعالجة بعد ١٥ يوماً ولم ينل اى واحد من اعضاء اللجنة الآخرين مرض مهم ايا كان نوعه.

الحامية العسكرية العراقية

كانت الملاريا العلة الوحيدة فقد حدثت ٢٤ اصابة الى حد اليوم الثاني عشر من شهر ايلول فكان منها ٥ اصابات قديمة و ١٩ اصابة جديدة . والاصابات الجديدة ٢ منها حدثتا في مايس و ١ في حزيران و ٢ فى تموز و ٦ فى اغستوس و ١ فى ايلول

ففي ١٦ يوماً (اى من ٢٢ اغستوس الى ٨ ايلول) حدثت احدى عشر اصابة وعلى ذلك تكون هذه الاصابات قد حدثت اثناء اقامة اللجنة فى خلال اغستوس فى وادى (ديرياصور) الموبؤ بالملاريا . وقد حدثت اصابات اخرى من الملاريا بين الجنود الذين اتصلت بهم العدوى فى (ديرياصور) ولكن لم تتضح فيهم اعراض المرض الا بعد انتقالهم الى المناطق الباردة فى (دال آمبار) الذي يرتفع من ٨ الى ١١٠٠٠ قدم. وكان المرض الذي تفشى من نوع الملاريا الثلاثية السليمة وقد اندفع بتأثير الكنين عندما انتقلت اللجنة من الوادي الموبؤ بالبعوض المعدى الى نجد ناجي بيك فى ١٦ ايلول وكان هذا النجد يرتفع ٦٠٠٠ قدم.

ان موسم الملاريا والبعوض فى هذا القسم من الحدود يمتد من منتصف اغستوس الى نهاية ايلول. فاذا اريد اتخاذ تدابير ضد المرض فى المستقبل يجب اعطاء الكنين الواقي واستعمال الناموسيات فى خلال هذين الشهرين

الديزانتري : — حدثت ٩ اصابات من الديزانتري من النوع الاميبي كما يلى : — اصابة واحدة فى نيسان

واصابة واحدة فى حزيران وثلاث اصابات فى تموز واصابة واحدة فى اغستوس وثلاث اصابات فى ايلول .

الامراض الزهرية قد حدثت بين الاهلين ثلاث اصابات بالسيلان والقرحة اللينة .

العوارض : — حدثت اصابتان من كسر الاضلاع واصابتان من كسر الترقوة وعدد قليل من الوثاء بسبب السقوط .

ومن حيث المجموع فقد سجل المضمد العسكري ٢٠٢٠ مراجعة من قبل الحامية لأجل المعالجة في خلال ستة اشهر واما الحامية التركية فلم يكن فيها الا اصابات قليلة بالملاريا والاسكوربوت القرحوي في الفم ولا يوجد ماعدا ذلك مما يستحق الذكر .

مضرب خيام السويل : — كانت الملاريا من اشد الامراض واشهرها وقد حدثت اول اصابة في (بدوه Ledub) في حزيران وهنا ايضا قد شوهدت الاصابة الاولى بين الحامية العسكرية التركية العائدة للجنة . ومن الحيث المجموع قد حدثت ١٠ اصابات بالملاريا بين رجال مضرب السويل في خلال ستة اشهر . كان هناك عدد قليل من اصابات الديزانتري احداها اصابة صبي مساعد لأحد الحدادين قد توفي بهذا المرض لم نعثر على اصابة بالامراض الزهرية في مضرب السويل

السكان المحليين : — الاكراد القاطنين في هذه الحدود يتمتعون بالصحة . وهم من حيث العموم صغيري القامة نحيفي الابدان ولكنهم اقوياء جسورين واشهر امراضهم هي (١) الملاريا (٢) امراض العيون (٣) البرونشيت (٤) الاضطرابات الهضمية .

ان اشهر امراض الاهلين الملاريا وفي العادة من نوع الملاريا الثلاثية السليمة وكثير من السكان يعرفون فوائد الكنين ولكن لا يمكنهم الحصول على هذا العلاج . ان موسم الملاريا موسم قصير يمتد على طول مدة نضوج العنب من منتصف ايلول الى نهاية تشرين الاول ويختلف بحسب مناخ المنطقة ويبدأ موسم الملاريا باكراً في الوديان المنحطة ويكون متأخرا في منطقتي (هيراكي) و (كوفوندا) ان الاصابات بالمرضى مصاحبة مباشرة لنمو الارز فمتى كان الماء غير كاف لنمو الارز كانت الملاريا معدومة ومع ذلك فان القرى المجاورة لا تخلو من حوادث الملاريا على بعد ٥ اميال من منابت الارز . وقد وجدنا كثيرا من ضخامة الطحال في الحدود ولم يكن للعلو تأثيراً مهما كنا نسير صعوداً وكانت (دوتارزا) مفعمة بالملاريا في الاطفال والكهول في حين انها تبلغ ٥٠٧٥ قدما ارتفاعا . ولم نعثر على قرية ينبت فيها الارز الا وكانت موبؤة بالملاريا

ولسبب اخلاء كثير من القرى على الحدود وبقاء عدد قليل من الاهلين في غيرها فكان من المتعذر معرفة مقدار اصابات الطحال فى قرى الحدود . وقد تفضلا طبيب زاخو وطبيب العمادية وعملا لي التحريات فى مناطقهما وسوف ادرج فى ذيل هذا المقال النتائج التى حصلا عليها مع نتائج التحريات التي قام بها غيرهما .

ان معدل اصابات الطحال فى زاخو فى نيسان ١٩٢٧

كان ٥/٩٧ في المائة وهو نفس المعدل الذي وجد من قبل كريستوفيرس وشروت في عامي ١٩١٨ و ١٩١٩ وفي بيرآخ كان معدل الطحال ٥٧/١ في المائة في نيسان وفي ديستاخ كان المعدل ٨٢ في المائة وفي العادية ٥٤ في المائة.

وقدوجدت نفس انواع الانوفلس على طول الحدود كما بينا في الجدول الملحق. وهذه الانواع شائعه في كردستان.

ان المرض الذي يكثر وجوده بعد الملاريا هو البرونشيت المزمن خاصة في الانحاء العالية حيث توجد الروماتيزما والاضطربات الهضمية في ذات الوقت.

توجد امراض العيون ولكنها ليست في الدرجة التي توجد فيها في الصحاري.

وقد وجد الديزانتري ولكن وجوده كان نادراً

العوارض :— ان اشهر ما شاهد من العوارض عضة دب هائلة وقعت في كاني رشت وحرق واسع في مصروع سقط في النار

الامراض السارية :— شوهد الجدريا في (ديريا صور) وقد ابلغ عن نشوب ١٠٠ اصابة في قرية ايشيا التركية الواقعة في وادي (بيروخ)

قد ذيلت هذا المقال بمشاهداتي عن الظواهر الجوية ايضا.

كان معظم حوادث الملاريا من النوع الثلاثي السليم وقد وجدت هذه الملاريا في اي ارتفاع كان حتى ارتفاع ٥٧٥٠ قدم (في دوطارزا) حيث كانت القرى موبوءة بصورة شديدة والملاريا في الحدود تصاحب زرع الارز على الدوام ولا يوجد لهذه المصاحبة سبب غير ركود الماء ولم توجد الملاريا في قرية لم يزرع فيها الارز.

وتحدث وقائع الملاريا في دورة تبدأ من منتصف تموز الى نهاية ايلول وفي الاماكن المرتفعه تفتك الملاريا في شهر اغستوس فقط.

يوجد الجدري. ومن الضروري عمل التطعيم

وافضل موقع للحجر الصحي هو زاخو والعمادية وعقرة وراوندوز. لان هذه الاماكن مجهزة بمختبرات مصلحة الصحة وبأطباء. ولاجل تطمين الاحتياطات الصحية في القرى الواقعة على الحدود نوصي القيام بالاجراآت الآتية:

(١) يجب ان يطوف احد المضمدين الملقحين المتجولين احياء القرى مزودا بالكنين وعدد قليل من الادوية الاخرى ويبدأ بطوافه من زاخو الى جهة (سينات)

(٢) يجب ان تكون صيدلية مع صيدلي في (كاني ماصي) وهي مركز مديرية محاطة بالقرى.

(٣) يجب ان يستقر احد المضمدين المتجولين في (كاني راشت) ويطوف في القرى المجاورة ويجوز عمل هذه المهمة من (راوندوز)

(٤) لأجل الاشراف على جميع الاقسام وفي ضمنها القطعات المرابضة في هذه المنطقة اشير باستعمال الناموسيات في غضون اشهر تموز واغستوس وايلول واعطاء الكنين الواقي وفي صدد البحث عن تموين الاطعمة اريد ان اذكر ان الخضار الطرية لم يحصل عليها في هذه القرى في عام ١٩٢٧

﴿البحث عن الملاريا في الحدود﴾

قد قدم المستر (كريستوفيرس) والمستر (شورت) بالبحث عن الملاريا في عام ١٩١١—١٩ وكانت نتائج ابحاثهما على الوجه الآتي:

(آ) العراق الاسفل — تسود في هذه المنطقة البعوضة المعروفة باسم الأنوفيل (بولشير ريموس) وتوجد انواع اخرى من الانوفيل من جنوب البصرة الى شمال العمارة وكربلا وهذه الانواع هي الانوفيل (ستة فه نسيس) والانوفيل (سي نه نسيس) ومن اشهر ناقلي المرض من البعوض في العراق الاسفلى هو الانوفيل (ستة فه نسيس)

(ب) العراق الاوسط — ان النوع السائد من البعوض في المنطقة التي تبدأ من شمالي العمارة والناصرية الى سامراء وبعقوبة هو الانوفيل (بولشه رريموس) واما فيما يلي هذه المنطقة نحو الشمال فتكون هذه البعوضة مصاحبة للانوفيل (سوپربيكتوس)

العراق الاعلى — يوجد الانوفيل (سوبربيكتوس) في شمال العراق الى خط زاخو — دهوك — اربيل — كركوك ويوجد ايضاً الانوفيل (ماكولي به ن نيس) ولكن بنسبة قليلة.

واما المنطقة الجبلية في شمال هذا الخط فلم يكن قد اجرى فيها البحث سابقاً وقد ظهر ان انواع البعوض التي توجد فيها هي الانوفيل (ماكولي به ن نيس) والانوفيل (سوبربيكتوس) والانوفيل (بي فوركاتوس) والدكتوران كريستوفيرس وشروت قد اتهما الانوفيل (سوبربيكتوس) بكونها العامل الرئيسي لنقل جراثيم الملاريا في العراق الاعلى وقد وجد هذا البعوض اخيرا ملوثا بالزيغوت والسبوروزوئيد العائدين الى الملاريا الخبيثة.

وفي الحدود يسود الانوفيل (ماكولي يه ن نيس) وكان قد وجد بصورة دائمية من منتصف حزيران الى يوم مغادرتنا الحدود في ايلول. كان قد شوهد الانوفيل (سوبربيكتوس) لاول مرة في الاسبوع الاول من حزيران ولم يشاهد بعد ئذ حتى اواسط تموز فعاد عندئذ الى الظهور واستمر بقاؤه الى ان غادرنا الحدود فهذه البعوضة تعرف ايضا باسم الانوفيل (فلسطين نه نسيس) لوجودها في فلسطين.

واما الانوفيل (البيفوركاتوس) الذي ينمو في فلسطين في الابار والصهاريج فقد وجد صدفة في المدة التي تتدمن مارت الى ايلول. ولكنه لم يكن النوع السائد في اي محل كان.

وقد وجد الانوفيل (ماكولي به ن سيس) في المواقع التي ترتفع حتى ٨٠٠٠ قدم وقد وجد الانوفيل (سوبربيكتوس الى علو ٥٤٠٠ قدم والانوفيل (بيفوركاتوس) الى علو ٤٨٣٠ قدم.

قد وجد الدكتوران (كريستورفرس) و (شورت) الانوفيل (سوبربيكتوس) والانوفيل (ماكولي په ن نيس) ينموان بحرية في علو ٥٠٠٠ قدم على الطريق المؤدية الى

كرمانشاه بين العراق والعجم . وقد استعرضا في كرمنشاه قوة مقاومة الانوفيل (ماكولى به ن نيس) تجاه البرد ، بأن وضعا سرفة هذه البعوضة في انبوبة اختبار تحتوى على ماء قد مر عليه الليل فصيره جليداً ولما ذاب الماء خرجت منه السرفة صحيحة واستمرت في نموها على الوجه الطبيعي . وفي نفس المكان وجد هذا النوع من البعوض نفسه يعض طليق الحركة وكانت درجة برودة الطقس ٢١° والثلوج تتساقط

يتوالد البعوض في الحدود في المستنقعات الحاصلة عن تفجر المياه بالقرب من المزارع التى تروى بالمياه ولا توجد هنالك آبار او صهاريج وهذا التوالد يصاحب خاصة نمو القطن . فأذا كان في القرية من الماء ما يكفى لنمو القطن وجد البعوض ما يساعده على التناسل والنمو وهكذا تكون تلك القرية موبوءة بالملاريا . وموسم الملاريا قصير جداً لاسيما في الاراضي المرتفعة وفي منطقتي (حيراني) و (غونودا) تظهر الملاريا مع نضوج العنب في تموز وتنتهي في ايلول هذا اذا كان الارتفاع بالفاً اربعة او خمسة آلاف قدم واما في الاماكن المنحطة فيكون ظهور الملاريا باكراً كالاماكن التى يبلغ ارتفاعها ثلاثة او اربعة آلاف قدم . كان قد شوهد عدد قليل من الاصابات الجديدة في حزيران عندما كانت درجة الحرارة الدنيا ٥٨° ودرجة الحرارة القصوى ٧٨° ولم تشاهد اية اصابة جديدة قبل حزيران في اية منطقة من الحدود

وفي الحدود يبلغ الحر اقصى درجته في اواسط تموز ويستمر حتى منتصف اغستوس فيكون معدل درجة الحرارة القصوى متحولاً بين ٨٧° و ١٠٢° بحسب الارتفاع ومع ذلك فقد كان الانوفيل (سوبر بيكتوس) والانوفيل (ماكولى به ن نيس) موجودين عند ارتفاع ثلاثة او اربعة آلاف قدم ولو ان معدل درجة الحرارة كان بين ٦٨° و ١٠٢°

وفي ارتفاع ٥٩٥٠ قدماً اي عند (صير حسن بك) لم يوجد الانوفيل في اواسط ايلول بالرغم من ان معدل درجة الحرارة الدنيا لم يهبط الى تحت ٦٤° وان معدل درجة الحرارة القصوى لم يربو على ٨٥° . ومع ذلك فقد كان نوع الماء في المستنقعات صالحاً لنمو البعوض .

وما امكن معرفة مقدار ضخامة الطحال بسبب نزوح معظم سكان القرى وتفرقهم في مختلف الانحاء . ومع ذلك فقد عثرت على عدد من المصابين بضخامة عظيمة في الطحال على طول الحدود من منطقة (سينات) في بيراخ الى (ديريا صور) وكان الطحال يشغل بعضاً اكثر من نصف التجويف البطني واحياناً كان الطحال مؤلماً وفي اغلب الاحيان كان خال من الالم . وكانت هنالك ادلة تبرهن على وجود مناعة ضد الاصابات الحادة في هذه الحادثات المزمنة .

ومن حيث السرسريات كانت الملاريا الثلاثية السليمة سائدة وان كنا عثرنا على وقائع من الثلاثية الخبيثة والملاريا الراعية وعلى ذلك يمكن تقسيم العراق اجمالا الى ثلاثة اقسام

(١) العراق الاسفل — من جنوب البصرة الى خط الناصرية — عمارة . تستوطن الملاريا في هذه المنطقة بصورة

واضحة واشهر ناقل المرض هو الانوفيل (ستفه ن نس)

(٢) العراق الاوسط — ويمتد الى تكريت شمالا والى بعقوبة شرقا وتستوطن فيه الملاريا بدرجة قليلة . ويغلب في هذه المنطقة الانوفيل (بولشر يوس)

(٣) العراق الاعلى — ويمتد الى الحدود وفيه يغلب استيطان الملاريا والناقل الرئيسي لها هو الانوفيل (ماكولي به ن نيس) والانوفيل (سوبر بيكتوس)

الشؤون

المرحوم عزت بك الجراح

ليس بين جمهور الاطباء بل وابناء العاصمة العراقيه عامة من يجهل المرحوم عزت بك الجراح فقد كان موضع احترام الجميع واشتهر باخلاقه الساميه وحبه للعمل في سبيل الخير جاء • بغداد وهو لم يزل في العقد الثالث من عمره برتبة يوزباشي وبوظيفة جراح في الجيش وكانت الجراحة في ذلك العهد بيد الحلاقين وكانت العمليات الجراحية منحصره آنئذ في فتح الخراجات وتطبيق العلق واللبائخ في معالجة الدمامل واستعمال المروخ في مداواة الرضوض والجروح وتجبير الكسور وكان المرحوم اول من استعمل صبغة اليود والقطن والشاش المعقمين في مداواة الجروح واول من اجرى العمليات على الطريقة الفنية بحسب ظروف تلك الايام ومن اجل ذلك فتدحق له ان يكون مؤسس الجراحة الفنية في هذه البلاد والفقيد لم يتخرج من المدرسة الطبية الشاهانية ولكنه قد تخرج في الجراحة من مستشفي حيدر باشا على الطريقة المتبعة في السابق لتخريج جراحين للجيش ولكنه مع ذلك فقد نبغ في مهنته واكتسبته التجارب قسطاً وافراً من الخبرة في فن الجراحه العمليه فاستحق من اجل ذلك ان يكون في مصاف الجراحين في بغداد . وفضلاً عن ذلك فقد كان الفقيد المثل الاعلى للوداعة ومكارم الاخلاق

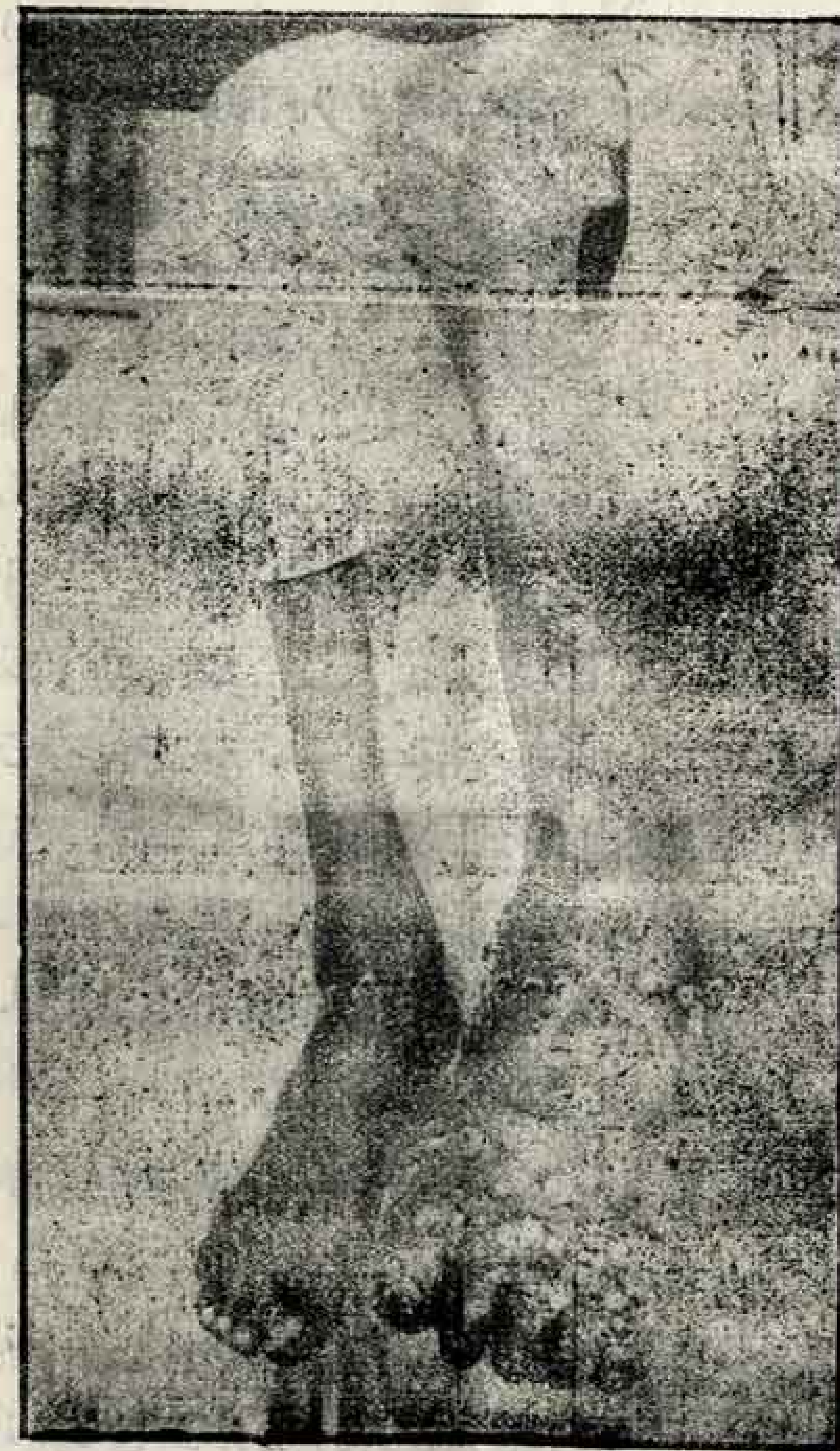
ولد المرحوم في سنة ١٨٧٢ ميلادية وعاش في بغداد نحو ثلاثين سنة فأصبحت بغداد وطنه الثاني وقد بلغ رتبة قائممقام في المراتب العسكرية ثم احيل على التقاعد وفي الحرب الكبرى اعيد الى الجيش ثم اخذ اسيراً مع حرمه المصون الى الهند وبعد الهدنة اعيد الى بغداد وشرع في مزاولة اعماله وكان الفقيد في ايامه الاخيرة مضطرب الصحة ولما وافاه الاجل المحتوم اصيب بالتهاب في الأذن الوسطى تطرق الى القسم الحلمي ومنه سرى الالتهاب الى المخ فأحدث خراجاً فيه فكان من الضروري اجراء العملية الجراحية وقد اجريت العملية في ٤ مايس ١٩٢٨ ولكنها لم تجد نفعا اذ وافته المنية في ٥ مايس ١٩٢٨ وهكذا انطفت حياة هذا الزميل المحترم بدون ان يخلف ولدا يحيي ذكراه .

وكان لوفاته تأثير عظيم في قلوب الجمهور الطبي العراقي تغمده الله برحمته ورضوانه واسكنه فسيح جناته .

المشاهدات الطبية في المستشفى الملكي

الدكتور جورج حيقاري

القدم المادوراوية (*)



ان اول من قدم هذا المرض للجمعية الطبية البغدادية ونشره على صفحات المجلة هذه هو الدكتور صائب بك شوكت . فقد القى خطابا في الجمعية الطبية البغدادية في جلسة كانون اول ١٩٢٠ عن هذا المرض نشرته هذه المجلة في عددها السابع من سنتها الاولى وقد ثبت آنئذ بابحاث المختبر ان المرض مسبب عن نوع الفطور المسمى بالميسه توما وقد عولج المرض بحذف الساق المأوف

(*) نسبة الى (مادورا) الهند

والآن فاني اقدم لحضرات القراء المشاهدة الجديدة التي صادفتها في المستشفى الملكي في قاعة الامراض النسائية وهي :

حليمة بنت خليفه عمرها ٢٦ سنـــة من اهالي بلد (قرية فى شمالي بغداد قريبة من سامراء) راجعت المستشفى لاجل ورم في قدمها اليسرى يمنعها من المشي .

ان هذا الورم قد ابتدأ فى قدمها منذ سنتين . وكان اول ابتداؤه عند قاعدة الاصابع الوسطي وظل الورم مدة اكثر من سنة متمركزا هنا ولو انه يشتد الا انه منذ ثمانية اشهر صار يتثقب و يمتد الى بقية اقسام القدم من ظهرها وراحتها ويتثقب كذلك هنا وهناك فتظهر فيه نواصير يخرج منها صديد واحيانا قليلا من الدم .

ان المريضة تشكو من احساس الم فى قدمها وتشبهه باحساس حرق وتمل وحكة ووخزات ابر او « مخابيط » حسب تعبيرها . والالم متواصل ولو ان درجته مختلفة . وقد حصل منذ ثمانية اشهر بعد ابتداء المرض . وكان يشتد احيانا الى درجة انه يمنعها من النوم واخذ يزيد خاصة منذ حصول النواصير وكان يشتد عند الضغط على القدم او المشي او ما اشبه ذلك كان حس اللمس موجوداً

ان المريضة لا يمكنها المشى منذ ثمانية اشهر من جراء الورم الشديد والالم . وقد خارت قواها وهزلت جدا .

قد تزوجت قبل ١٠ سنوات . لها ولدان . توفى لها اربعة اولاد . لم يحصل لها اجهاض ابدا . اول حيض فى سن ١٥ سنة وكان منتظما ولكنه انقطع منذ ثمانية اشهر حيث صار المرض يؤثر فى حالتها العمومية ويقلق راحتها على الدوام شغلها الاعمال البيتيه غير انها اثناء الحصاد تذهب وراء الحصادين لأجل اللقاط حافية الرجلين احيانا او لابسة حذاء تارة . وهي لا تتذكر ان رجلها جرحت قبل حصول الورم لكنها نظن انها عثرت قبل حصوله (؟) .

ان حالة المريضة العمومية تستدعى الرحمة ويستدل من ملامحها انها مصابة بمرض مزمن منهك القوى . وهى شاحبة اللون هزيلة جدا ويوجد ضمور عضلى عمومي خاصة فى الفخذ الايسر اي في جهة القدم المصاب حيث صار الجلد يغطى العظام والاوعية الدموية والالياف العصبية التى تجس بكل سهولة تحت الجلد مباشرة . والفرق العظيم او التضادد الكائن بين ضخامة القدم ونواصيرها وهزال الفخذ او الساق يجسم المرض فى ذاكرة الناظر الى القدم بصورة لا تمحى .

واعتقد ان هذا القدم يصح ان يكون نموذجاً كاملا للمرض ومن النادر العثور على قدم مادوراوية تحتوى على جميع اوصاف المرض كالقدم التى نحن فى صددها (انظر الى الشكل فى صدر البحث)

ان القدم متضخمة جدا إلى درجه أنها تعادل ثلاثة أمثال الرجل اليمنى السليمة تقريبا . وتعلو الورم هنا وهنالك نواصير يسيل منها سائل صديدى أبيض خاصة ودموى قليلاً . وفتحة الناصور دقيقة جداً يحتاطها نسيج لحمى مكشوف بارز عن سطح الجلد مثل الزر الصغير باستدارة نصف سنتمتر تقريبا . والنواصير منتشرة على ظهر القدم وراحتها وعلى الاصبع الكبير والصغير والمسافة بين الاصابع . تسلم منها الاصابع الثلاث الوسطى وكعب الرجل فقط . واذا ادخل

(*) اخذت صورة القدم من قبل المصور عبوش وكانت الصورة واضحة جداً ولكن نظن ان الحفر لم يكن على ما يرام

المبار فى احدى النواصير فانه يذهب الى مسافة بعيدة او قريبة حسب عمق الناصور وكانت الانسجة صلبة كانها غظروفية ولم تكن تلك الانسجة سوى العظام المرتشحة والذائبة

وقد نالت التغيرات المرضية قسما من الساق ولم يكن لهذا المرض علاج سوي قطع القدم المأوف .

هذه هى الحادثة الثانية التى نقدمها الى قراء المجلة باختصار لعلهم ينفعونا بمشاهداتهم حول هذا المرض

المدرسة الطبية العراقية

دورة الربيع ١٩٢٨

ملخص من تقرير عميد المدرسة الدكتور ساندرسن

منهاج الدروس

يراد بفصل الربيع النصف الثانى من شتاء السنة التدريسية ١٩٢٧ — ١٩٢٨

استؤنف التدريس فى المدرسة فى اليوم الثالث من شهر كانون الثانى وقد جرت تدريسات هذه الدورة على نفس المنهاج المتبع فى النصف الاول من فصل التدريس واليك بيان ذلك :—

	٩—١٠	١٠—١١	١١—١٢	١٢—١	٢—٤	٤ — ٥
الاثنين	التشريح	الكيمياء	الحيوان	التشريح العملى	الكيمياء العملية	التشريح العملى
الثلاثاء	التشريح	الكيمياء	الحيوانات العملية		التشريح العملى	
الاربعاء	التشريح	الكيمياء	الحيوانات	التشريح العملى	الكيمياء العملية	التشريح العملى
الخميس	التشريح	الكيمياء	الحيوانات العملية .		التشريح العملى	
السبت	التشريح	الكيمياء	الحيوان	التشريح العملى	الكيمياء العملية	التشريح العملى

تذكر فيما يلى اسماء الاساتذة ومساعديهم فى القاء الدروس التى مر ذكرها .

الدكتور نورمان استاذ الحيوانات

» كوركيل مساعده

المستر باست استاذ الكيمياء

المستر ريموند » »

الدكتور وودمن » التشريح

الدكتور صائب شوكت » استاذ التشريح

قد ذكرت آنفا ان منهاج اوقات الدرس فى هذه

الدورة لم يختلف عما سبق ولم يحدث تبدل فى الاساتذة واذا كان هناك فرق فهو في منهاج الكيمياء فقط :

فلما اتم المستر ريموند دروسه فى الكيمياء غير العضوية شرع المستر باست فى تعليم الكيمياء العضوية التي اخذ على عاتقه تدريسها

كنا نؤمل ان ستة اشهر تكفى لتدريس الكيمياء طبقا لما جاء فى المنهاج المنشور سابقا ولكن تلك المدة وجدت غير كافية ولذلك فقد اتخذنا التدابير اللازمة للاستمرار فى تدريس الكيمياء العضوية طول فصل الصيف لئلا نكون دون الدرجة المطلوبة فى تحصيل هذا العلم

الامتحان .

قد اجرى امتحان الحيوانات في نهاية الفصل وقد اسفر عن نتائج حسنة .

كان احد الطلاب غائباً ولذلك فقد بقى منهم ١٧ وقد نجح من هؤلاء ١٢ و فاز من هؤلاء ٤ بالدرجة الممتازة وقد رسب منهم اثنان كان احدهما نائماً في المستشفي بضعة اسابيع لمرض اصابه قبل الشروع بالامتحان .

واليك بيان النتائج التي اسفرت عنها الامتحانات الخصوصية واحد الامتحانات العمومية التى اجريت في خلال هذه الدورة نتائج امتحانات الصف التى اجريت في دورة الربيع — كانون الثاني ١٩٢٨

	التشريح العمل	الحيوانات تحريرى	الحيوانات عمل	المجموع
	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٣٠٠
١ كورجي رابي	١٠٠	٩٨	٧٩	٢٧٧
٢ جمال عبودى	٩٤	٨٩	٨٦	٢٦٩
٣ رؤف داود	٨١	٩٢	٨٥	٢٥٨
٤ محمد احسان القايماقجى	٧٨	٨٩	٨٥	٢٠٢
٥ عبد الحميد محمد رؤف	٩٢	٦٦	٥٤	٢١٢
٦ يوسف شينا	٦٥	٨٤	٤١	١٩٠
٧ فوآد مراد	٧٥	٦٥	٤٣	١٨٣
٨ آلبر نسيم	١٢	٧١	٣٧	١٨٠
٩ يعقوب ازاجى	٧٣	٦٨	٣٩	١١٠

١٠ خليل اسماعيل	٥٨	٧٥	٤٠	١٧٨
١١ آلبر الياس	٨٠	٥١	٤٢	١٧٣
١٢ رسام	٨٠	٨٥	غائب	١٦٥
١٣ منشي	٣١	١٢	٥٧	١٦٠
١٤ عبد المجيد شلاش	٥٢	٤٥	٥٣	١٥٠
١٥ سيد علي رشيد	٦٣	٤٢	٣٣	١٣٨
١٦ مظفر مدحت ازهاوى	٥٥	٢٩	٣٣	١١٧
١٧ خلدحالت	٣٦	غائب	٣١	٦٧
٨ منير عبد النور	غائب	غائب	غائب	مريض

فيما يلي اسماء الطلاب الذين نجحوا في الامتحان العمومي في الكيمياء الذي اجرى في مارت ١٩٢٨

كرجي رابي
البرنسيم
رؤف داود
جمال عبودى

(بدرجة ممتازة)

محمد احسان القايماقجي
عبد الحميد محمد رؤف
رسام
منشي
يعقوب ازاجي
آلبر الياس
عبد المجيد شلاش
خليل اسماعيل

جائزة شركة النفط الانكليزية الفارسية :—

قد تفضلت شركة النفط الانكليزية الفارسية فاوعدت بمكافاة احسن طلاب السنة الاولى بجائزة قدرها ١٠ ليرات انكليزية وعزمت على الاستمرار في اعطاء هذه الجائزة كل سنة .

سوف تعرف هذه الجائزة « بجائزة شركة النفط الانكليزية الفارسية » وسوف تقدم الجائزة الاولى في نهاية الدورة المقبلة .

تجهيزات المدرسة .

قد حصلت سهولة عظيمة فى اعمال المدرسة بوضع ساعات كهربائية فى جميع دوائر التدريس . واتخذت المدرسة احتياطات مكملة للوقاية من الحريق لاسيما فى دائرة استحصال الغاز وفى مختبر الكيمياء .

وصلت فى خلال الدورة التجهيزات التدريسية الاخرى كالالواح والنماذج العائدة للتشريح وكانت هذه الاشياء قد طلبت قبل افتتاح المدرسة ولم تصل الى فى

هذه الايام وهذا مما يبرهن على ان الاشياء التى تطلب فى المستقبل يجب ان تطلب قبل زمن الاحتياج بستة اشهر

وجدنا بعض الصعوبات فى الحصول على اصناف الحيوانات لتشريحها ولكننا قد عملنا الترتيبات اللازمة للحصول على مقدار كاف من الحيوانات من الهند وقد باشرنا بتربية الارانب وتوليدها فى محل معد لها فى ساحة المدرسة .

التعديلات فى النظام .

قد اجريت بعض التعديلات فى نظام المدرسة الحالى وذلك بموافقة مدير الصحة العامة . ومن تلك التعديلات تخفيض النسبة المئوية الارقام اللازمة لأجتياز امتحان المهنة فالنظام الحاضر يعتبر تلك النسبة ٧٠ فى المائة . واما مجلس المدرسين فقد قرر باتفاق الآراء تنزيل هذه النسبة الى ٦٠ فى المائة تبعا للقاعدة المتخذة فى المدارس الطبية الاوروبية وكذلك فقد اشار المجلس المذكور الى تبديل دورة التدرس فى السنة الاولى واوصى بان تكون اعتبارا من سنة ١٩٢٨ — ١٩٢٩ على الوجه الآتى :—

دورة الخريف : الحكمة والحيوانات
دورة الربيع : الكيمياء والحيوانات
» الصيف : الكيمياء والنباتات

واما التشريح النظرى والعملى فسوف يبقى على ماهو عليه الآن وسوف يكون لامتحان العمومي لطلاب السنة الاولى على الوجه الآتى :—

مارت ١٩٢٩	الحكمة والحيوانات
حزيران ١٩٢٩	الكيمياء والنباتات

كانت حالة الهيئة التدريسية قبل ستة اشهر مطابقة لما جاء فى المثل الانكليزى القديم .

«رجل يحرث وآخر يزرع :
من الذى سوف يحصد .
ذاك مالا يعلمه احد .»

ولكن تلك الهيئة قد استطاعت ان تقدر قابلية الطلاب واهليتهم لاكتساب المهنة التي اختاروها وذلك بعد ان اختبرتهم فى الدورتين السابقتين بما فيهما من امتحان المهنة . وقد تأكد اخيراً ان ٤ من الـ ١٨ طالب يعدون فى درجة (على الاعلي) و ٨ فى درجة (اعلى) و ٣ فى الدرجة (الوسطي) و ٢ فى درجة (ضعيف)

ولكننا نأمل ان الامتحان فى نهاية دورة الصيف سوف يسفر عن نجاح باهر لأننا نرى فى الطلاب شوقا للدوام على التدريس واستعداداً زائداً للقيام بالاعمال التجربية فى الدروس المختلفة .

الجمعية الطبية البغدادية

عقدت الجمعية الطبية البغدادية جلساتها العادية بحسب المنهاج الذي نشرناه في العدد السابق واليك بيان ذلك :

عقد اجتماع شباط ١٩٢٨ في ٢٢ منه الموافق ليوم الاربعاء في مكتبة الجمعية الكائنة في المستشفى الملكي في نحو الساعة ٦ زوالية مساءً وعرض اطباء المستشفى الملكي وقائع مرضيه مفيدة ثم قرأ الدكتور توفيق رشدي محاضرة عن الانكيلوستوميازيس في العراق .

وعقد اجتماع مارت ١٩٢١ في ٤ نيسان ١٩٢٨ في نفس المكان والقى الدكتور نظام الدين مقالاً عن الآداب والواجبات الطبيه واستعرض اطباء المستشفى الملكي حادثات مفيدة عن امراض متنوعه .

وعقد اجتماع مايس ١٩٢٨ في ٣٠ منه وافتتح الجلسة الدكتور وودمن بابداء الاسف على وفاة الزميل المحترم عزت بك الجراح وتكلم بعض الاعضاء عن تاريخ حياة الفقيد وماله من مكارم الاخلاق ثم اخيراً قررت الجمعية ارسال كتاب تعزية الى حرمه سوف ندرجه فيما يلي . ثم القى الدكتور هيكس مقالاً عن الحالة الصحية في الحدود العراقية التركية .

صورة الكتاب المرسل من قبل الجمعيه الى حرم المرحوم عزت بك الجراح :

الى حرم عزت بك الجراح :

كان لوفاة الطبيب الذكر المرحوم تأثير عظيم في قلوب اخوانه اعضاء الجمعية الطبية البغدادية ولما عقدت الجمعية جلستها الاخيرة ابدى رئيسها اسفه العظيم لضياع الزميل المحترم واعقبه عدد من الاعضاء فتكلموا عن مزايا المرحوم وما له من الاعمال الطبية في خدمة الجمعية واخيراً قررت الجمعيـة ارسال هذا الكتـاب ليقوم بتبليغ الحزن العظيم الذي شمل الجمهور الطبي في بغداد تغمده الله برحمته ورضوانه واسكنه فسيح جنانه .

هاشم الوتري

سكرتير الجمعية الطبية البغدادية

وقد ورد الجواب الآتي :

سكرتير الجمعية الطبيه البغدادية :

اشكركم واشكر رئيس الجمعيه الطبيه البغدادية واعضاءها الكرام على ما تفضلوا به من ابداء اسفهم على وفاة فقيدنا وارجو من المولى ان لا يريهم اى مكروه

حرم المرحوم عزت بك



مصلحة الصحة العراقية

١ – سير الطاعون في العاصمة

مأخوذ عن التقارير الاسبوعية

كانون الثاني ١٩٢٨ (*)

حدثت الاصابة الاولى بالطاعون في صبي في الثامنة من عمره من محلة البو شبل وكان الطاعون من النوع العقدي وقد حدثت هذه الاصابة في ١٩ كانون الثاني ١٩٢٨ وعلى اثر حدوثها لقح ٥٧٥ شخصاً ضد الطاعون في جوار محل الاصابة ووجد بعض الجرذان المصابة بالطاعون في تلك المحلة في ٢٣ و ٢٩ كانون الثاني ١٩٢٨

وحدثت الاصابة الثانية في صبي في الرابعة من عمره من محلة قنبر علي . اصيب هذا الصبي في ٢٥ كانون الثاني ١٩٢٨ بالطاعون العقدي فلقح المجاورون لموضع الاصابة ضد الطاعون ووجد جرذي مصاب بالطاعون في في هذه المحله في ١٠ شباط ١٩٢٨ فاجريت التدابير الواقية المعتادة .

شباط ١٩٢٨ :—

حدثت اصابة واحدة بالطاعون الغدي في ٥ شباط ١٩٢٨ في صبي عمره ٤ سنوات من محلة التورات . واصابة واحدة بالطاعون الغدى في ٩ شباط ١٩٢٨ في رجل عمره ٢٥ سنة من محلة سراج الدين .

اجرى التلقيح في المحلات الملوثة بصورة اجبارية فبلغ عدد الملقحين (١١٩٠٠) شخصا . واتخذت جميع التدابير الفعالة لمكافحة الوباء في هذه المنطقة .

ثم حدثت اصابة واحدة في جانب الكرخ في رجل في الثلاثين من عمره فاجرى التلقيح والتعقيم وغير ذلك من التدابير الواقية

وفي ٢٩ شباط ٩٢٨ اصيب ولد عمره سنتين في نفس المحلة التي حدثت فيها اصابة في ٢٩ كانون الثاني وقد اجرى التلقيح ضد الطاعون واتخذت جميع التدابير التحفظيه الاخرى .

مارت ١٩٢٨ :—

حدثت في شهر مارت الاصابات الآتية : (١) طفلة عمرها سنة ونصف اصيبت بالطاعون الغدى في ١٤ مارت ١٩٢٨ واخبر عنها في ١٨ منه وهي من محـلة الكيبسات في جوار قنبر علي في محل الاصابة التي حدثت

(*) يعتبر شهر كانون الثاني مبدأ ظهور الطاعون في عام ١٩٢٨ وقد حدثت فيه اصابتان كما ترى .

في كانون الثاني .

(٢) رجل عمره ٦٠ سنة اصيب بالطاعون الغدي في ١٩ مارت ١٩٢٨ واخبرعنه في ٢٢ منه وذلك في الطاطران في جوار المحل الذي حدثت فيه الاصابة الاولى اجريت التدابير اللازمة كالتجريد والتلقيح ضد الطاعون والتطهير ومكافحة الجرذان . وقد وجد آخر جرذي مصاب بالطاعون في ٥ مارت ١٩٢٨ وقد بلغ مجموع الذين لقحوا ضد الطاعون الى هذا التاريخ (٢٣٤٣١) شخصاً .

(٣) اصيبت في ٢١ مارت ١٩٢٨ بالطاعون الغدي فتاة عمرها ١٢ سنة في محلة الكولات المجاورة لمحلة الطاطران التي تلوثت في الاسبوع الماضي وجرى الاخبار عن هذه الاصابة في ٢٦ مارت وقد اتخذت التدابير الواقية المعتادة وبلغ مجموع التلقيحات التي اجريت ضد الطاعون الى حد هذا التاريخ (٢٦١٤٦) وقد وجد في هذا التاريخ جرذي مصاب بالطاعون في محلة صبابيغ الآل بالقرب من المحلات التي تلوثت سابقاً .

نيسان ١٩٢٨ : —

وجد جرذيان اثنان مصابان بالطاعون احدهما في محلة صبابيغ الآل والآخر في محلة الكولات وكلتا المحلتين كانتا ملوثتين قبلاً .

وقد حدثت خلال الشهر اصابتان (الاولى) رجل في السادسة والعشرين من عمره من محلة عزات طويلات صيب بالطاعون الغدي . و(الثانية) صبي في السادسة من عمره من محلة سراج الدين اصيب بالطاعون الغدي وكلتا المحلتان قريبتان من المحلات الملوثة في الجانب الشرقي من مدينة بغداد . وقد اتخذت التدابير الاعتيادية ووجدت جرذان مصابة بالطاعون خمسة منها وجدت في محلات ملوثة سابقاً واثنان في المحلات المجاورة لها .

ثم حدثت في ٢٠ نيسان اربعة اصابات بالطاعون الرئوي في بيت واحد في محلة الشيخ علي في الكرخ وحدثت آخر اصابة في ٢٣ منه ولم تحدث غيرها ووجدت في تلك المحلة اربعة جرذان مصابة بالطاعون وذلك في ٢٠ نيسان . وقد جرد الملامسون للمصابين ولقحوا ضد الطاعون . وقد بلغ عدد الذين لقحوا ضد المرض حتى نهاية نيسان (٣٠٩١٦) شخصاً

مايس ١٩٢٧ : —

حدثت اصابتان في الاسبوع الاول (الواحدة) رجل عمره ٣٥ سنة من محلة الدوريين في الكرخ وهذه المحلة تلوثت في شهر شباط وكانت الاصابة من النوع الغدي ولم يعثر على جرذان مصابة بالطاعون . اما (الثانية) فهي ايضاً من الطاعون الغدي حدثت لصبي عمره ١١ سنة من محلة سوق الجديد في الكرخ وهذه المحلة ملاصقة لمحلة الشيخ علي التي تلوثت في نيسان وقد وجد جرذان مصابان بالطاعون في الاسبوع الاول من الشهر وبلغ عدد الملقحين ضد الطاعون ٣٠٩٤١

وفي الاسبوع الثاني ؛ حدثت ثلاث اصابات في مدينة بغداد الاولى في محلة الشواكة والثانيـة في محلة

الدوريين من جانب الكرخ . والثالثة في محلة المربعة من جانب الرصافة وقد وجدت خلال هذا الاسبوع ثلاثة جرذان مصابة بالطاعون واحد في جانب الكرخ واثنان في جانب الرصافة وقد بلغ عدد الذين لقحوا ضد الطاعون حتى ٢٢ مايس ٣٢١ ، ٣٢ شخصاً .

وفي الاسبوع الثالث : حدثت ٣ اصابات : (١) فتاة في العاشرة من عمرها من محلة سراج الدين التي اتصلت بها العدوى في شهر نيسان . وقعت هذه الاصابة في ٩ مايس وقد اخبر عنها في ١٥ منه وكان نوع الاصابة من الطاعون الغدي في الاربية (٢) صبي في الخامسة عشر من عمره من محلة سراج الدين ايضاً . حدثت الاصابة في ١٤ مايس وقد اخبر عنها في ١٨ منه وكان نوع الاصابة من الطاعون الغدي في العنق (٣) ولد في التاسعة من عمره من محلة صبابيغ الآل التي وجدت فيها جرذان مصابة بالطاعون في ٢٤ نيسان

وقد حدثت هذه الاصابة في ١٧ مايس واخبر عنها في ١٨ منه وكان نوع الاصابة من الطاعون الغدي في الاربية . وقد وجد خلال هذا الاسبوع جرذي واحد مصاب بالطاعون في محلة الشاهدة في جانب الكرخ . بلغ عدد الملقحين ضد الطاعون حتى هذا التاريخ (٣٤٥١٠)

وفي الاسبوع الرابع ؛ حدثت الاصابات الآتية : —

١ رجل في الثالثة والعشرين من عمره في جانب الرصافة من محلة الفضل المجاورة للمحلات التي اتصلت بها العدوى سابقا . قد اصيب في ١٨ مايس واخبر عنه في ٢١ منه وكان نوع الاصابة من الطاعون الغدي في الناحية الابطية .

٢ امرأة في الخامسة والاربعين من عمرها من محلة سوق الغزل المجاورة للمحلات الملوثة سابقا . اصيبت في ١٨ مايس وابلغ عنها في ٢٢ منه وكان نوع الاصابة من الطاعون الرئوي .

٣ رجل في الخامسة والعشرين من عمره من محلة فرج الله المجاورة للمحلات الملوثة سابقا اصيب في ١٨ مايس واخبر عنه في ٢٢ منه وكان نوع الاصابة من الطاعون الغدي في الاربية .

٤ ولد في الرابعة من عمره من محلة جديد حسن باشا المجاورة للمحلات الملوثة سابقا اصيب في ١٩ مايس واخبر عنه في ٢٥ منه وكان نوع الاصابة من الطاعون الغدي في الاربية .

وقد وجد خلال هذا الاسبوع جرذي واحد مصاب بالطاعون في محلة قهوة شكر المجاورة للمحلات الملوثة سابقا وقد بلغ مجموع الملقحين ضد الطاعون حتى ٢٦ مايس (٣٠ ٣٧٥) وينتظر زوال المرض عند صعود متوسط درجة الحرارة .

حزيران ١٩٢٨ : —

حدثت خلال الاسبوع الاول من شهر حزيران الاصابات الآتية :

١ طاعون غدي حدث في ٤ حزيران ١٩٢٨ في محلة

